

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

290

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. ÉTIENNE MALLEIN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Joué-les-Tours (Indre-et-Loire), le 23 décembre 1876.

L'Érythème nouveau

Président : M. ACHARD, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 290

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

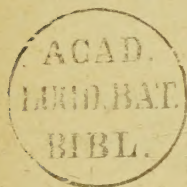
PAR

M. ÉTIENNE MALLEIN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Joué-les-Tours (Indre-et-Loire), le 23 décembre 1876.

L'Érythème nouveau



Président : M. ACHARD, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	MARIE (Pierre).
Histologie.....	PRENANT.
Opérations et appareils.....	HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale.....	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	{ DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	{ RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DELBET (Pierre).
Clinique des voies urinaires.....	DE LAPPERSONNE.
	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	BAR.
Clinique gynécologique.....	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
Clinique thérapeutique.....	KIRMISSON.
	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur ACHARD

Médecin de l'Hôpital Necker,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

- MM. le Docteur HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker.
le Docteur BOUILLY, chirurgien de l'hôpital Cochin (*in memoriam*).
le Docteur MARFAN, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
le Docteur A. BERGÉ, médecin de l'hospice Debrousse.

Internat provisoire.

- MM. le Docteur BALZER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
le Docteur BROCCQ, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
le Docteur VILLEMEN, chirurgien de l'hôpital Bretonneau.

Internat.

- MM. le Professeur POZZI, chirurgien de l'hôpital Broca.
le Docteur DARIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
le Docteur HUDELO, médecin de l'hôpital Broca.
le Docteur MACAIGNE, médecin de l'hôpital Tenon.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- MM. le Professeur LANDOUZY, médecin de l'hôpital Laënnec.
le Docteur RENDU, médecin de l'hôpital Necker (*in memoriam*).
le Docteur SCHWARTZ, chirurgien de l'hôpital Cochin.
- MM. les Docteurs J.-L. FAURE, MAUCLAIRE, PROUST, chirurgiens des
Hôpitaux, LÉON BERNARD, PISSAVY, HALLÉ, RAVAUT, médecins des
Hôpitaux ; CIVATTE, A. BERNARD, P.-E. WEIL.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'érythème noueux est de connaissance ancienne. Deux points sont particulièrement importants dans l'histoire de la question. Le premier a trait à la place qu'occupe l'érythème noueux dans le cadre nosologique : l'érythème noueux est-il une maladie ou un syndrome ? S'il est un syndrome, quel est exactement ce syndrome, et quelle place doit-il occuper dans la série des érythèmes ? Le deuxième point, plus important peut-être, et qui, dans ces derniers temps, a été l'objet de discussions et de communications nombreuses, a trait à la pathogénie de l'érythème : quelle est la nature de l'érythème noueux, et quelle idée peut-on se faire, dans l'état actuel de nos connaissances, des rapports de l'érythème noueux avec les autres maladies, et en particulier avec la tuberculose ?

Nous aurons peu de choses à dire sur l'histoire de l'érythème noueux en lui-même, c'est-à-dire considéré indépendamment de sa pathogénie. Il ne nous semble pas qu'il faille, avec Cornil, faire entrer la péliose rhumatismale de Schönlein dans le cadre de l'érythème noueux. Elle a plutôt sa place dans le groupe des purpuras. Causée, dit-on, par l'exposition au froid humide, la fatigue, le surmenage, elle est marquée au

début par des douleurs articulaires, quelquefois des myalgies ou des névralgies, bien différentes des douleurs du rhumatisme articulaire aigu (Besnier). Des troubles gastro-intestinaux précèdent l'éruption. Celle-ci est constituée surtout par des pétéchies, mêlées d'ecchymoses, affectant les membres inférieurs d'une façon symétrique ; mais elle peut se généraliser. L'éruption peut être polymorphe, se mêler d'érythème papuleux, ortié ou noueux. Ce sont ces cas, désignés par Laget sous le nom de « purpura exanthématique », qui rapprocheraient la péliose rhumatismale de Schönlein de notre érythème noueux.

Dans les descriptions anciennes, il est difficile de distinguer les cas qui correspondent à ce que nous désignons actuellement sous le nom d'érythème noueux.

Actuellement, on décrit un érythème noueux qui présente un type clinique nettement individualisé, et que la plupart des auteurs font rentrer dans le cadre plus vaste de l'érythème polymorphe. Nous aurons à préciser ce point et à rechercher quels sont les rapports de l'érythème noueux non seulement avec l'érythème polymorphe, mais encore avec les autres érythèmes et les nouures.

Le second point, plus important, est la question de la pathogénie de l'érythème noueux.

Rien n'a été plus discuté.

Tout d'abord, l'érythème noueux a été considéré comme étant de nature rhumatismale. Il est inutile de citer ici tous les auteurs qui ont adopté cette pathogénie.

Les travaux qui ont abouti à distraire du rhumatisme articulaire aigu vrai tout le groupe des pseudo-rhuma-

tismes infectieux ont enfin amené à chercher à l'érythème nouveau des pathogénies différentes.

Les uns, comme Trousseau, ont fait de l'érythème nouveau une entité morbide, une maladie comparable aux fièvres éruptives.

Les autres ont rattaché l'érythème nouveau à des infections diverses ; il y aurait, d'après eux, toute une série d'érythèmes nouveaux secondaires.

En particulier, on a soutenu la théorie des rapports de l'érythème nouveau avec la blennorrhagie, avec la syphilis. Les recherches anatomo-pathologiques, notamment de Philipson, ont eu pour but de pénétrer le mécanisme intime de la formation de la nouure ; elles tendent à faire penser que la nouure est due à des embolies microbiennes de faible virulence.

On a rattaché enfin l'érythème nouveau à la tuberculose. Les premiers qui aient soutenu cette opinion semblent être Uffelmann, en Allemagne, et Landouzy, en France. Ils s'appuyaient surtout sur des arguments d'ordre clinique, auxquels on ne tarda pas à chercher à en joindre d'autres : les recherches histologiques d'une part, la recherche du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye d'autre part ; celle-ci, malheureusement, fut presque constamment négative.

Plus récemment encore, l'introduction d'une nouvelle méthode de recherche, l'intradermo-réaction ou la cuti-réaction à la tuberculine, a donné à la question un regain nouveau d'actualité, et a suscité des communications et des discussions nombreuses. Il nous suffira de citer les travaux de MM. Thibierge et Gastinel, Chauffard et Troisier, et Marfan.

Nous avons eu l'occasion de voir quelques érythèmes noueux, et surtout de pratiquer un certain nombre d'intra-dermo-réactions chez des malades porteurs de différentes affections cutanées dans le service de nos maîtres MM. les D^{rs} Darier et Hudelo. M. le D^r Darier nous a conseillé de faire de l'érythème noueux le sujet de notre thèse. Notre maître, M. le D^r Marfan, a bien voulu nous communiquer les observations de quelques malades de son service atteints d'érythème noueux. Nous sommes heureux de leur exprimer ici notre respectueuse reconnaissance. Nous voulons remercier aussi MM. les D^{rs} Caussade et Hallé, à qui nous devons d'intéressantes observations.

SYMPTOMATOLOGIE DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX

La symptomatologie de l'érythème noueux, variable en bien des points, présente néanmoins un certain nombre de caractères objectifs constants qui permettent, comme nous le verrons, d'individualiser l'érythème noueux au milieu des éruptions voisines.

En général, il existe une période prééruptive de durée variable, de quelques jours le plus souvent, pendant laquelle le malade ne présente que des phénomènes généraux : élévation de température, anorexie, courbature, douleurs articulaires plus ou moins nettes. Il existe souvent des phénomènes gastro-intestinaux essentiellement variables dans leur intensité et dans leur nature : vomissements, diarrhée ou constipation, avec langue saburrale et fétidité de l'haleine. Signalons, dans bon nombre de cas, l'existence d'une angine à cette période prééruptive.

En somme, rien de caractéristique, rien qui puisse faire prévoir l'apparition d'un érythème noueux.

De tous ces symptômes d'ailleurs, il n'en est pas un qui ne puisse faire défaut. Le plus fréquent peut-être, qui ne manque presque jamais, est l'arthralgie. Ces douleurs à type rhumatoïde précèdent en général de peu ou accompagnent l'éruption.

Cette éruption est caractéristique.

L'élément éruptif est constitué par une nouure ou nodosité. Cette-ci est de volume variable, allant du volume d'un haricot à celui d'une grosse noix ou d'un œuf; elle est d'emblée, dès son apparition, dermo-hypodermique, occupant à la fois le derme et l'hypoderme. La coloration de la peau, au niveau de la lésion, varie du rose au rouge vif. La nouure fait une saillie plus ou moins prononcée, mais toujours appréciable au toucher; les limites en sont peu nettes: il existe toujours un certain degré d'œdème autour de la nouure proprement dite. La palpation en est douloureuse; la consistance est ferme, résistante, mais néanmoins dépressible si l'on appuie fortement.

Cet élément éruptif apparaît brusquement en quelques heures, et son évolution, de durée variable, est en moyenne de dix à quinze jours. La coloration de la peau va se modifier pendant ce temps, passant du rouge vif au violacé, puis au bleu, au vert, au jaune, prenant, en un mot, toutes les teintes successives de l'ecchymose. C'est ce qui a valu à l'affection qui nous occupe le nom de « dermatite contusifforme ».

Pendant ce temps, la nodosité diminue, devient moins saillante, et sa consistance devient moins ferme. Elle finit par disparaître complètement, laissant après elle une légère desquamation.

On ne constate jamais la fonte purulente, et l'ulcération de la nouure.

Telle est l'évolution d'un élément d'érythème noueux considéré en lui-même. Les différents éléments se groupent de la façon suivante pour constituer *l'éruption*.

La poussée éruptive se fait en des sièges de prédilection, aux pieds, aux jambes, surtout à la partie inférieure de celles-ci ; les éléments sont généralement assez symétriquement situés au voisinage des crêtes tibiales. Le nombre des éléments, est en général restreint, de dix à quinze. Quelquefois l'éruption atteint les genoux et les cuisses, et aussi les fesses ; elle peut également frapper les membres supérieurs, les avant-bras de préférence. Si la face est quelquefois le siège de quelques éléments, le tronc est constamment indemne.

La maladie se fait en général par poussées, par une série d'éruptions successives présentant chacune les caractères de l'évolution de l'élément éruptif et de l'éruption que nous venons de décrire.

Des *symptômes généraux* accompagnent l'éruption : La température monte, atteint 38°, 39° et même davantage ; tous les signes généraux de la période prééruptive augmentent d'intensité ; la céphalée est marquée ; on a noté parfois une légère réaction méningée ; les urines sont rares et foncées ; parfois albumineuses, l'état saburral des voies digestives augmente, ainsi que la constipation.

L'état général est parfois atteint au point de simuler une fièvre typhoïde.

Le symptôme le plus constant est la douleur.

Parallèlement à la douleur provoquée par la pression au niveau des éléments éruptifs, il existe une douleur spontanée, continue, sensation de cuisson ou de brûlure comparable aux douleurs des engelures, surtout marquée au début de l'éruption ; en outre, il existe des douleurs articulaires.

Ces douleurs sont intenses, constantes, et, disons-le

en passant, c'est précisément la constance de ces arthralgies, qui a fait ranger l'érythème noueux parmi les manifestations du rhumatisme.

Le plus souvent, des myalgies accompagnent les arthralgies.

Si l'on recherche les circonstances dans lesquelles est apparue la maladie, on ne trouve rien de bien net.

Toutefois, il semble que le sexe féminin est plus particulièrement prédisposé à l'érythème noueux. On a fait jouer un rôle à la saison : l'érythème noueux serait plus fréquent au printemps et à l'automne ; mais cette influence saisonnière n'est pas démontrée.

L'âge semble également indifférent : on trouve l'érythème noueux chez le nourrisson, rarement, il est vrai ; il est plus fréquent chez l'enfant et chez l'adulte, mais on peut aussi l'observer aux âges extrêmes de la vie.

Les autres circonstances étiologiques et pathogéniques de l'érythème noueux seront discutées plus loin : elles sont l'objet même de ce travail.

L'évolution de l'affection est toujours assez semblable à elle-même, sauf en ce qui concerne l'intensité. Nous avons vu que cette évolution se fait par poussées successives durant chacune de dix à quinze jours, de sorte que la durée de la maladie varie de trois à six semaines. Dans des cas exceptionnels, il y a une poussée unique et la maladie a une évolution cyclique avec ascension brusque de la température, un plateau avec oscillation et une défervescence s'accompagnant de phénomènes critiques avec décharge d'urines abondantes.

Après la défervescence, tout rentre dans l'ordre. La convalescence est réduite à un minimum.

Signalons néanmoins la possibilité de complications cardiaques (endocardites, péricardites), pleuro-pulmonaires ou articulaires.

DIAGNOSTIC

ET RAPPORTS CLINIQUES DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX AVEC LES AUTRES DERMATOSES

Le diagnostic de l'érythème noueux est facile.

En effet, si l'on considère l'élément éruptif en lui-même, on arrive aussitôt au diagnostic de noueure par les caractères de production dermo-hypodermique. La disposition de l'éruption, sa topographie, l'évolution fébrile aiguë de la maladie, permettent de penser de suite aux dermatoses noueuses aiguës et d'établir rapidement le diagnostic d'érythème noueux, au moins dans les cas typiques.

Peut-on vraiment hésiter à poser un diagnostic avec une gomme ?

Les gommes, qu'elles soient tuberculeuses, syphilitiques, lépreuses ou mycosiques, ont toutes des caractères communs. Si, comme les nodosités de l'érythème noueux, elles sont dermo-hypodermiques, au moins à un moment de leur évolution, elles s'en différencient toutefois par leur évolution même. En effet, au lieu de présenter une évolution aiguë ou subaiguë, les gommes surviennent insidieusement, durant des semaines ; de plus elles sont peu, ou même pas douloureuses ; enfin la gomme, en évoluant, se ramollit et aboutit à l'ulcération.

Remarquons qu'il y a une différence considérable entre les gommes et l'érythème noueux qui n'aboutit jamais à la suppuration ni à l'ulcération ; l'on est donc en droit

de se demander si l'ulcération signalée par Hutchinson s'applique bien à un cas d'érythème noueux.

Nous ne parlerons pas du diagnostic avec les affections chroniques ; celles-ci rentrent dans le cadre des tumeurs et ne peuvent être confondues.

Le diagnostic d'un élément de l'érythème noueux avec un tubercule, quelle que soit la nature de celui-ci, est encore plus facile, par le caractère purement dermique des tubercules.

On pourrait peut-être confondre l'érythème noueux avec ces petites nodosités douloureuses qui apparaissent chez les femmes jeunes, atteintes de varices des membres inférieurs, et qui sont constituées par des noyaux de phlébite de petites veinules. Mais l'évolution de ces nodosités est plus lente que celle de l'érythème noueux, et l'on a, pour faire le diagnostic, la constatation des varices concomitantes.

Le diagnostic ne se pose réellement qu'avec les nodosités aiguës ou avec les nodosités subaiguës non gommeuses.

Tout d'abord, avec les *nodosités rhumatismales*. Il existe plusieurs types de nodosités rhumatismales, décrits par les auteurs ; tous sont rares d'ailleurs.

Dans le type décrit par Troisier, Féréol et Vidal, il s'agit de nodosités indolentes, siégeant surtout au niveau du front, de durée éphémère, peu nombreuses. Mais il existe un caractère différentiel capital avec l'érythème noueux : ces nodosités ne sont pas érythémateuses.

Le type de nodosités signalé par Meynet se rapproche beaucoup plus de notre érythème noueux, par le nombre, le volume, l'évolution et la durée des éléments, qui

sont douloureux. Mais, outre qu'ils siègent de préférence au niveau du crâne, là encore les éléments ne sont pas érythémateux.

M. Darier enfin, chez quelques arthritiques atteints de rhumatisme subaigu et de dyspepsie intestinale, a vu se produire des poussées de nodules du volume d'un pois, sous-cutanés et sans changement de coloration de la peau, ou intradermiques et rosés, de consistance ferme, et très douloureux au palper. Ils siégeaient surtout autour des genoux, aux poignets, aux épaules, etc., et duraient de 24 à 48 heures.

Chez les paludéens, Moncorvo a étudié des nodosités qui ressemblent à celles de notre érythème noueux, mais qui s'en différencient par ce fait qu'elles sont passagères, intermittentes, évoluant comme l'urticaire, à laquelle d'ailleurs certains auteurs les rattachent. Elles siègent surtout au front, aux mains. On a enfin la notion d'un paludisme concomitant qui emporte le diagnostic.

Parmi les nodosités subaiguës non gommeuses, nous ne citerons, au point de vue du diagnostic, que les syphilides nodulaires. Il s'agit là d'une variété de syphilides importante à connaître, car nous verrons par la suite qu'on a cherché à faire de la syphilis une cause de l'érythème noueux.

Ces *syphilides nodulaires*, que l'on peut appeler aussi « phlébites syphilitiques nodulaires » avec Darier et Civatte qui les ont étudiées au point de vue histologique, sont constituées par des nodules *hypodermiques* qui surviennent à la période secondaire d'une syphilis intense. Ces nodules sont durs, bien limités, *mobiles sous la peau* et sur les tissus sous-jacents ; la peau est

de coloration normale ou un peu rosée à leur surface. Ils sont peu ou pas douloureux, et siègent sur la continuité des membres. Mais leur volume, leur topographie, leur nombre (de 12 à 20 au plus), leur mobilité parfaite et leur évolution, qui est très lente si le traitement mercuriel n'intervient pas, les distinguent suffisamment de l'érythème noueux.

Nous avons réservé le diagnostic de l'érythème noueux avec deux affections cutanées particulièrement importantes : l'érythème polymorphe d'une part, et l'érythème induré de Bazin d'autre part.

L'importance de ces deux affections, pour le sujet qui nous occupe, tient à ce fait que, dans certaines formes, l'érythème noueux paraît très voisin de ces affections, en particulier de l'érythème polymorphe, et que l'on peut observer des cas qui semblent être en quelque sorte des formes de passage entre ces affections et l'érythème noueux. Nous aurons à nous demander en particulier si l'on a raison de décrire un érythème noueux nettement individualisé et si l'on ne doit pas, au contraire, faire rentrer tous les cas dans le cadre plus large de l'érythème polymorphe.

Dans les formes typiques, le diagnostic est facile avec *l'érythème induré de Bazin*. Celui-ci, ou érythème induré des jeunes filles, est une maladie de l'adolescence. Il est constitué par des plaques plus ou moins larges, siégeant presque uniquement sur les membres, rarement sur le front ; ces plaques ont une certaine épaisseur ; elles forment des nodosités, mais aplaties ou arrondies, partiellement adhérentes aux fascias d'où partent des épaisissements caractéristiques en forme de cordons. La colo-

ration en est rouge cyanotique, ou comparable à la peau sale. Ces plaques adhèrent à l'épiderme, mais cette adhérence est secondaire ; en réalité, elles se développent dans l'hypoderme.

Mais ce qui différencie surtout l'érythème de Bazin de notre érythème noux, c'est son évolution : celle-ci est beaucoup plus longue et doit se compter par mois. La marche de l'affection est subaiguë, avec poussées congestives. L'ulcération des éléments est ici fréquente, contrairement à ce qui se passe pour l'érythème noueux.

L'érythème polymorphe, ou érythème exsudatif multiforme de Hébra, présente la même symptomatologie générale du début que l'érythème noueux, les mêmes symptômes généraux de la période prééruptive, les mêmes conditions étiologiques d'âge et de saison.

Mais ici, il n'y a pas de prédilection pour une région ou une autre du corps ; de plus, le type éruptif est essentiellement variable, taches érythémateuses, papules, nodosités, bulles, justifiant ainsi le nom de polymorphe donné à l'affection. A la vérité, il est rare que le polymorphisme soit toujours très marqué ; le plus souvent une variété d'élément éruptif prédomine, et l'on est plutôt en présence d'un certain nombre de types d'érythème polymorphe.

Nous ne parlerons pas au point de vue du diagnostic avec l'érythème noueux, des érythèmes du type figuré, du type érythème iris, érythème bulleux, vésiculeux. Mais il existe toute une série d'érythèmes polymorphes dans les éléments desquels se trouvent des nodosités ; il y a même des cas où ces éléments noueux prédominent, et alors le diagnostic est quasi impossible.

Est-il même légitime de se poser la question ? Il est certain que l'érythème polymorphe nettement multiforme et l'érythème noueux le plus typique sont reliés entre eux par une foule de cas intermédiaires, de telle sorte que, pour ces cas tout au moins, il est impossible de tracer une ligne de démarcation nette. Aussi peut-on fort bien considérer que l'érythème noueux n'est qu'une variété de l'érythème polymorphe. Besnier et Doyon soutiennent que la nodosité elle-même dépend, souvent d'une manière exclusive, du siège de l'érythème aux membres inférieurs, et particulièrement aux jambes où la faculté d'œdématiser est portée à un haut degré. « Il n'est rien d'aussi ordinaire, disent-ils encore, que de voir l'érythème, assez plat aux membres supérieurs ou autour des genoux, devenir tout à fait noueux dans les régions tibiales. »

Cela est indiscutable. Nous ne pouvons séparer complètement l'érythème noueux de l'érythème polymorphe, probablement même pas plus au point de vue pathogénique qu'au point de vue descriptif. Mais il n'en reste pas moins le fait qu'au milieu de tous les cas, si disparates, qui constituent le groupe de l'érythème polymorphe, l'érythème noueux se distingue par ses caractères plus nettement tranchés, et par sa symptomatologie plus constante qui l'individualise nettement.

Nous avons le droit d'en faire en définitive un type clinique, et d'en rechercher la pathogénie.

Si nous ne pouvons pas faire les mêmes remarques à propos de l'érythème induré de Bazin, qui se sépare plus nettement de l'érythème noueux, signalons cependant qu'il est des cas d'érythème de Bazin léger, à évo-

lution un peu plus rapide que d'ordinaire et des cas d'érythème noueux un peu trainants, de telle sorte que là encore, nous pouvons apercevoir des intermédiaires entre les deux formes.

Que conclure, provisoirement au moins, de ces considérations ?

Nous pouvons en conclure tout d'abord que, dans le groupe des érythèmes, l'érythème noueux est le plus individualisé ; il constitue un type morbide nettement défini.

Au point de vue pathogénique ensuite, nous voyons l'érythème noueux *se rapprocher* de l'érythème de Bazin, dont la nature tuberculeuse n'est pas contestée. Nous le voyons, d'autre part, *se confondre* avec un groupe d'érythèmes à étiologie multiple et variable. Nous devons donc nous demander si l'érythème noueux n'est pas d'origine tuberculeuse, s'il l'est toujours, ou si, au contraire, son étiologie n'est pas multiple et si la tuberculose n'intervient dans sa pathogénie qu'au même titre que les autres infections.

Nous allons, dans ce qui va suivre, discuter cette question.

PATHOGÉNIE

I. — ARGUMENTS CLINIQUES

Quelle est la nature de l'érythème noueux ? A cette question, on a répondu de façon différente suivant les époques. Tout d'abord on a rattaché l'érythème noueux au rhumatisme. C'est Germain Sée qui, le premier, a combattu cette opinion, faisant remarquer que les phénomènes douloureux articulaires étaient dûs à l'érythème au lieu d'en être la cause. Ces douleurs, d'ailleurs, n'empêchent ni les mouvements spontanés, ni les mouvements provoqués des articulations et n'ont pas le caractère erratique si net dans le rhumatisme franc. A.-J. Harrison a relevé 80 cas d'érythème noueux sur 15,000 cas de dermatoses ; il n'a jamais pu découvrir un cas de récurrence. Voilà donc encore un caractère qui sépare nettement l'érythème noueux du rhumatisme. Citons enfin la rareté de la coexistence des affections cardiaques, comme autre caractère différentiel.

*
* *
*

Faut-il faire de l'érythème noueux une entité morbide, comme le voulait Trousseau, comparable aux fièvres éruptives ? Cette idée a été défendue à nouveau récemment. On a même soutenu la contagiosité de l'érythème noueux. Moussous a vu, à deux reprises, l'érythème

nouveaux se développer, quelques jours après l'entrée d'un enfant atteint de cette affection, chez son voisin de lit.

Il pense que seule la contagion peut expliquer ces faits, et il en conclut que l'érythème nouveau n'est pas une modalité de l'érythème polymorphe, mais bien une affection spécifique, quoique la nouure puisse s'observer en dehors de l'érythème nouveau proprement dit. Il fait remarquer en outre, comme nous le disions dans le chapitre précédent, que si l'on observe dans l'érythème nouveau des papules reliées aux nodosités par une série d'intermédiaires, on n'y rencontre pas les éléments en taches, ou vésiculeux et bulleux, qui figurent au premier plan dans l'érythème polymorphe.

Cette opinion a été soutenue encore par Paulouch, Oppert et Batigne.

Le fait que l'on rencontre la nouure ailleurs ne peut fournir un argument contre l'idée de l'érythème polymorphe, maladie spécifique. Comme le disait Trousseau, « l'érythème nouveau n'est pas plus une variété d'érythème que la variole n'est une variété d'échtyma, bien que, considérée isolément, la pustule variolique ressemble souvent à s'y méprendre à une pustule d'échtyma ».

Et que de ressemblances, dans l'allure clinique, entre l'érythème nouveau et une fièvre éruptive !

Nous y voyons une période d'invasion, avec sa symptomatologie assez marquée, puis une période d'éruption se faisant par poussées comme celles de la rougeole ou de la varicelle, et ces éruptions ont une allure et une évolution en général assez comparables d'un malade à l'autre.

Nous y voyons aussi la possibilité de complications

pleuro-pulmonaires ou autres. Ajoutons encore, comme nous venons de le voir, la possibilité de contagion, et surtout la rareté des récidives.

Quelle objection sérieuse peut-on faire à l'hypothèse d'une conception de l'érythème noueux envisagée comme maladie infectieuse à agent inconnu ?

Il faut avouer que cette opinion est très soutenable. En présence d'une affection aussi nettement individualisée que l'érythème noueux, et tant que l'on n'aura pas à incriminer une cause évidente, infectieuse ou autre, on a le droit, au moins provisoirement, d'y voir une entité morbide. Même actuellement encore, cette conception ne doit pas être rejetée sans examen.

Mais ce qui la rend difficilement acceptable, c'est l'existence de toute la série des cas intermédiaires entre l'érythème noueux le plus typique et l'érythème le moins noueux.

De plus, si certains cas paraissent répondre à cette idée de l'érythème noueux-maladie, en revanche, un certain nombre de cas paraissent sous la dépendance d'autres affections. Faut-il donc diviser les érythèmes noueux en deux groupes : érythèmes primitifs et érythèmes secondaires ?

Voyons ce que la clinique peut nous apprendre de ce dernier groupe, ou pour mieux dire, examinons les cas où la clinique peut nous donner une explication au moins apparente de l'affection. Les causes incriminées sont multiples, ce sont des causes toxiques ou infectieuses.

Erythèmes noueux toxiques.

Dans ce groupe, on devrait ranger les cas consécutifs à l'absorption de certaines substances alimentaires ou

médicamenteuses. En réalité, les érythèmes que l'on trouve dans ces cas affectent rarement le type nouveau, mais plus souvent le type roséolique ou papuleux. Parmi tous les médicaments, on n'a guère signalé que l'iodure de potassium comme cause possible d'érythème nouveau.

Citons seulement les observations de Pellizari, de Talamon, d'Hallopeau.

A côté des érythèmes nouveaux toxiques, citons la possibilité de l'érythème nouveau menstruel. En voici un cas de Schramm (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 1878).

Obs. I. — Femme de 37 ans qui, exposée, il y a 7 ans, au froid humide au début d'une époque menstruelle, présente, depuis cette époque, à chaque menstrue, des coliques et une éruption. Celle-ci est constituée par des nodosités disséminées, d'un rouge brun, de la grosseur de lentilles, siégeant sur le dos des mains. Ces nodosités disparaissent au bout de 8 jours pour reparaitre à la période menstruelle suivante. Dans la suite, l'éruption menstruelle disparaît avec la dysménorrhée.

Nous nous contentons de citer ce cas.

Remarquons en passant que le siège de l'éruption n'est pas celui que l'on rencontre dans les formes les plus typiques d'érythème nouveau.

Erythème nouveau infectieux.

C'est là une classe beaucoup plus nombreuse.

Passons d'abord rapidement en revue les cas qui semblent se rapporter à des infections autres que la tuberculose.

La coïncidence avec d'autres infections a été souvent signalée. D'abord avec le *rhumatisme*. Nous ne parlons pas ici des cas anciens où l'on admettait l'origine rhumatismale de la maladie, mais de cas plus récents.

Le professeur Potain rapporte un cas d'une femme de 27 ans qui, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, franc, typique, présenta un érythème noueux. Mais cette malade était en même temps bacillaire, de sorte qu'ici, l'étiologie est douteuse.

Lannois rapporte un cas où, au cours d'une troisième atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, une femme présenta un érythème noueux. Mais les caractères de cet érythème étaient un peu particuliers : outre que, au dire de la malade, celle-ci avait déjà présenté une éruption identique au cours d'une crise antérieure de rhumatisme, l'érythème, typique dans ses éléments, siégeait surtout aux cuisses et aux genoux.

Ces cas sont rares. Différents des nodosités rhumatismales dont nous avons parlé à propos du diagnostic de l'érythème noueux, différents encore des érythèmes papuleux que l'on peut plus fréquemment rencontrer dans le cours du rhumatisme, ce sont bien des érythèmes noueux, mais un peu spéciaux par l'aspect de l'éruption.

On a cité aussi des cas de coïncidence avec la *diphtérie*. Nous publions ici une observation intéressante à cause de sa rareté même.

Obs. II (Résumée). — *Erythème noueux dans la diphtérie* (TALAMON, in thèse JOUILLIÉ). — Irma P..., 44 ans, modiste, entre à l'hôpital Tenon, le 2 février 1893, Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole à 8 ans, hémorroïdes. Bonne santé habituelle. Début de la diphtérie le 29 janvier. Bacilles de Lœffler dans les fausses membranes.

Le 5 février. — Aux fesses, à la région sacrée, de chaque côté de la ligne médiane, apparaissent, précédées de légères démangeaisons, des plaques rouges assez franches reposant sur un fond dur, tuméfié, modérément sensibles à la pression. Leur contour, à peu près régulièrement arrondi, fait saillie au-dessus des parties voisines normales. Le centre surtout de ces plaques est dur, et se présente sous forme d'une nodosité mal limitée, enchâssée dans le derme.

Bientôt, d'autres plaques, présentant les caractères nets de l'érythème noueux, se montrent à la jambe droite et au bras gauche.

En effet, au niveau de la partie externe de l'articulation radio-humérale gauche, on voit une plaque, saillante, sur les parties voisines, donnant l'impression d'une tuméfaction localisée. La coloration est rouge foncé : à la partie inférieure de la plaque, la coloration est rosée. Dans la partie supérieure de la plaque, l'induration est diffuse, en nappe ; dans sa partie inférieure on voit trois nodosités de la grosseur d'un gros pois. La pression à ce niveau est douloureuse.

L'apparition de cette efflorescence ne s'est pas accompagnée de fièvre ; la température, en effet, est, le 5 février, de 37°8 le matin, de 38°2 le soir.

Le 6, les plaques conservent à peu près le même caractère.

Le 7, apparition d'une nouvelle plaque sur la jambe droite, à la partie inférieure du tibia. Température : 37°8, 38°2.

Le 8, l'induration est moins manifeste aux plaques sacrées. L'angine va en s'améliorant.

Le 10, les plaques sacrées ont à peu près disparu. Leur coloration est encore un peu violacée.

Le 11, au niveau du condyle interne du tibia droit, apparaît une nouvelle nodosité de la grosseur d'une pièce de 50 centimes.

Le 16, diminution des plaques.

Le 18, disparition de la plaque, qui a duré en somme treize jours au niveau du coude.

Le 20, l'érythème a complètement disparu, mais paralysie diphthérique. Guérison.

A cette époque, il n'existait pas de traitement sérothérapique, ce ne peut donc être un érythème sérique. D'ailleurs ; le traitement par le sérum antidiphthérique ne donne pas d'érythème nouveau, comme l'a fait remarquer M. Marfan à propos de discussions récentes. On ne peut non plus incriminer le traitement médicamenteux qui fut institué. Il s'agit là d'un cas tout à fait exceptionnel, tellement exceptionnel que l'on est en droit de se demander s'il n'est pas légitime de rechercher à un pareil cas une autre origine que la diphthérie.

Dans les autres maladies infectieuses, l'érythème nouveau a été rencontré plus fréquemment.

Nous ne parlerons pas des érythèmes de la malaria, étudiés par Moncorvo. Nous avons déjà dit, au chapitre du diagnostic, que ces éruptions diffèrent de l'érythème nouveau typique par leur durée éphémère et leur siège au niveau du front.

Dans la *fièvre typhoïde*, l'érythème nouveau est également plus rare que les autres variétés d'érythème. Néanmoins, on peut l'y rencontrer, témoin le cas suivant.

Obs. III (Résumée). — *Érythème nouveau à la fin d'une fièvre typhoïde* (LANNOIS, *Ann. Derm.*, 1892). — Femme de 19 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde, traitée par les bains froids. Guérison au bout de vingt jours.

Au 9^e jour de la convalescence : malaise général, faiblesse dans les jambes, douleurs dans les genoux. Puis apparition d'un érythème nouveau sur les genoux, les coudes et à la face postérieure de l'avant-bras gauche. Etat saburral. La température oscille autour de 38°. Au bout de sept jours, l'éruption diminue, et quatre jours après, elle avait complètement disparu.

La *septicémie à streptocoques* peut être l'origine d'un érythème noueux. Voici une observation d'un cas de ce genre, dû à Orillard et Sabouraud.

Obs. IV (Résumée). — *Erythème noueux au cours d'une septicémie à streptocoques* (ORILLARD et SABOURAUD. *Méd. moderne*, 8 février 1893). — Femme de 22 ans, entre à l'hôpital le 24 mai 1892 avec les signes d'un phlegmon profond du bras droit et état général extrêmement grave.

ruS, peut profonde, température à 39°8.

L'aspect du membre rappelait celui de l'œdème main charbonneux, mais pas d'accident primitif, ni pustule, ni ulcération de la main. La malade, interrogée, répéta par deux fois qu'elle avait été piquée par une mouche trois jours auparavant, et de fait, deux phlyctènes se voyaient à la commissure du pouce.

Mais, en dehors de l'œdème phlegmoneux du bras, des lésions très spéciales pouvaient s'observer, tant sur la longueur même du bras que dans les régions deltoïdienne et pectorale du même côté et jusque dans la région xyphoïdienne, dépassant même la ligne médiane. C'étaient de petites tumeurs, de la grosseur d'une forte noisette, au nombre de 12 environ, incluses dans le tégument ou du moins dans l'hypoderme et faisant corps avec la peau. Leur surface, finement vascularisée, était d'un rouge livide et au pourtour de ces nodosités existait une surface érythémateuse de plus d'un centimètre de largeur, surface discoïde dont l'érythème était plus accentué au centre qu'au bord.

L'empâtement sous-jacent était marqué, et on ne saurait mieux comparer l'ensemble de chacune des lésions qu'à une nodosité de l'érythème noueux des rhumatisants, de l'érythème noueux à larges plaques désigné par le Dr Besnier sous le nom de dermatite contusiforme : même rougeur plus marquée au centre qu'aux bords, même douleur très vive à la pression de la petite tumeur centrale, même absence de délimitation nette entre cette tumeur et l'érythème circumvoisin.

L'état général s'aggravant, le Dr Marchand fait des débridements larges au niveau de la main et du bras ; il ne s'écoule que de la

sérosité et du sang. Même incision, et même résultat, au niveau d'une petite tumeur sous-cutanée.

Le soir, 40° 7 ; délire ataxodynamique. Mort, 72 heures après le début des accidents. Quelques heures avant la mort, on put recueillir par scarifications, au niveau de la plus récente des petites tumeurs disséminées sous la peau, quelques gouttes de sang pour l'examen bactériologique.

D'après les renseignements rétrospectifs recueillis, on put savoir que la piqûre d'insecte incriminée par la malade avait eu lieu quatre jours avant la mort, que les symptômes avaient débuté par des frissons intenses, et que la rougeur et l'œdème avaient débuté à la face dorsale du pouce.

Le diagnostic clinique devait donc être : infection septicémique analogue à l'infection par piqûre anatomique.

Autopsie le 26 mai : au niveau des incisions pratiquées sur le membre malade, pas de pus, très peu d'infiltration purulente sous le grand pectoral.

Les veines superficielles du membre sont thrombosées dans toute leur longueur, de même que la veine axillaire. On enleva deux des tumeurs sous-cutanées. La dissection fine de l'une d'elles montra, avec la plus grande évidence, au centre de la lésion, une veinule énormément dilatée, thrombosée, et autour d'elle, une infiltration hématique du tissu cellulaire avoisinant.

Tous les viscères présentaient des signes de congestion. La rate était à peu près normale.

Examen microbiologique. — Le sang recueilli au niveau d'une nodosité pendant la vie,ensemencé, donne des cultures pures de streptocoques.

La veine axillaire était obstruée d'un gros caillot dans lequel on retrouva le streptocoque, ainsi que le long de la paroi.

Dans le thrombus de la veinule du centre de la nodosité, même amas de streptocoques, et dans les mailles du tissu cellulaire voisines de la veinule, on vit des chaînettes microbiennes innombrables formant des pelotons entre les globules du sang et les leucocytes.

Très peu de microbes dans la rate ; mais dans le foie et dans le rein, grand nombre de petites thromboses microbiennes.

Nous n'avons pas rapporté cette observation pour le seul intérêt de citer un cas d'érythème noueux dû au streptocoque. Cette observation est, en effet, intéressante à plus d'un titre.

D'abord, il nous semble qu'il s'agit bien ici d'un érythème noueux, à cause du caractère clinique absolument typique de l'élément éruptif. Si l'on n'a pas ici les localisations habituelles de l'affection aux membres inférieurs, si l'on a même sur le tronc des éléments éruptifs, cela ne doit pas nous étonner et nous empêcher de classer ce cas parmi les érythèmes noueux. Car, à notre avis, un tel cas a la valeur d'une expérience : c'est une observation d'érythème noueux à streptocoques par inoculation à la main et infection sanguine brutale par des microbes essentiellement virulents.

La virulence de cet agent pathogène, et le siège du point d'inoculation suffisent, à notre avis, à expliquer les différences qui existent entre ce cas et les cas habituels d'érythème noueux : de sorte qu'avec une virulence moindre, on aurait pu avoir un érythème noueux typique. Ce n'est évidemment là qu'une hypothèse mais elle n'a rien que de très vraisemblable.

Cette observation a encore un autre intérêt, au point de vue de l'anatomie pathologique et du mécanisme pathogénique de la lésion. Nous aurons à y revenir.

Il existe un plus grand nombre d'observations d'érythème noueux au cours de la blennorrhagie ou de la syphilis.

Les érythèmes noueux qui apparaissent au cours de la *blennorrhagie* sont de deux ordres : d'une part, ceux que l'on peut rattacher au traitement balsamique, et

nous n'avons pas à revenir sur ce point ; d'autre part, les érythèmes blennorrhagiques proprement dits, les seuls dont nous voulons parler. Les cas en sont relativement fréquents ; cette fréquence est depuis longtemps connue dans les services de vénériens.

Obs. V (BÈS). — Femme de 16 ans. Ecoulement purulent assez abondant. La malade ressent des douleurs assez vives dans les genoux et dans les épaules. En même temps apparaît une petite grosseur sur la partie antérieure et supérieure du tibia droit. Les jours suivants, trois ou quatre nodosités identiques se développent, surmontées de la peau rougie, douleurs vives dans le genou, le pied et la main du côté droit. Puis, apparition de quatre ou cinq nodosités s'ajoutant aux autres ; ces nodosités sont douloureuses.

Au bout de quatre jours, nouvelle poussée de nodosités sur le tibia gauche, mais les plaques rouges sont moins étendues qu'à la première poussée.

Les jours suivants, les nodosités disparaissent petit à petit.

Obs. VI (SCHINKEL). — Homme de 24 ans, pris au cours d'une blennorrhagie et au moment de sa propagation à l'urèthre postérieur, d'érythème noueux typique, sans fièvre, sans symptômes articulaires et sans troubles digestifs.

Guérison rapide, malgré la persistance de l'écoulement uréthral pendant six semaines.

On pourrait multiplier les observations analogues. Ces deux observations suffisent pour montrer que si l'érythème noueux blennorrhagique est parfois, comme dans le second cas, un peu déformé, léger, sans fièvre, on rencontre très souvent des cas analogues au premier, absolument typiques, avec une symptomatologie bien caractérisée.

L'érythème noueux blennorrhagique est encore inté-

ressant au point de vue du mécanisme pathogénique, car c'est surtout dans ces cas que l'on a invoqué une théorie nerveuse de formation de la nouure (Lewin).

L'érythème noueux est également très fréquent chez les *syphilitiques*.

Nous avons eu, nous-même, l'occasion de l'observer à plusieurs reprises.

Mais la fréquence de l'érythème noueux coexistant avec une maladie de nature connue ne doit pas nous entraîner à affirmer l'identité de nature : un érythème noueux chez un syphilitique n'est pas forcément un érythème noueux syphilitique.

Vidal et Leloir considéraient seulement la syphilis comme une cause prédisposante à l'érythème noueux.

C'est Mauriac qui, dans ses études sur les « productions gommeuses précoces du tissu sous-cutané », a soutenu la nature syphilitique de certains érythèmes noueux.

Hoffmann distingue trois variétés d'érythèmes noueux : des érythèmes idiopathiques, toxiques et symptomatiques ; dans ce dernier groupe, il range le typhus, la blennorrhagie, la syphilis et la tuberculose.

Pour Mauriac, il existerait trois formes : 1° un érythème noueux syphilitique avec symptômes d'inflammation aiguë ;

2° Des syphilides nodulaires où manquent les signes d'inflammation aiguë ;

3° Enfin des gomme typiques.

Dans ces cas de productions gommeuses précoces, il n'y aurait, pour Beurmann et Claude, que des différences d'intensité.

Cette opinion est généralement adoptée aujourd'hui ;

les nouures syphilitiques ne sont pas classées ordinairement dans le groupe de l'érythème noueux, d'autant plus d'ailleurs que ces nodosités peuvent s'ulcérer.

Mais il est des cas très fréquents d'érythème noueux chez des syphilitiques, tantôt d'érythème noueux typique, tantôt d'érythème polymorphe avec prédominance nettement noueuse des éléments.

Pour Tarnowski, cette coïncidence de la dermatose avec la syphilis s'explique par une infection mixte ; il s'appuie sur la fréquence de la constatation de staphylocoques dans les efflorescences syphilitiques.

Obs. VII (Personnelle). — *Erytème polymorphe noueux chez une syphilitique secondaire.* — L. . . , 20 ans, femme de chambre, entrée le 3 février 1910.

Entre pour une éruption de syphilides secondaires. A eu son chancre il y a 5 mois. A déjà été traitée par des pilules et des piqûres.

Actuellement, syphilides papulo-squameuses, un peu psoriasiformes, disséminées sur les membres et la face ; plaques muqueuses buccales.

Le 17 février, la malade éprouve un malaise général, de la courbature, des douleurs dans les jambes et dans les mollets, sans frisson, mais avec fièvre ; en somme, symptomatologie d'un début de grippe.

Le 20, apparait une éruption à la face antérieure des jambes, aux genoux, à la partie supérieure de la face interne de la cuisse droite. Cette éruption est constituée par des placards d'un rouge vif, de forme irrégulière, à limites un peu diffuses, douloureux à la pression.

Quelques placards sont infiltrés ; l'infiltration a des limites peu nettes. Quelques éléments nettement noueux.

Il y a deux ou trois éléments aux avant-bras.

Le 23, de rouge vif, la teinte devient violacée ; les jours suivants, l'infiltration paraît se limiter.

Les antécédents héréditaires de la malade ne présentent rien à signaler.

Elle a huit frères ou sœurs, tous bien portants.

Elle-même a été chétive ; à 15 ans, au moment de l'apparition des premières règles, elle dut, pendant quelque temps, marcher avec des béquilles.

Elle a présenté des végétations adénoïdes dans l'enfance.

Depuis deux ans, elle aurait un peu maigri, mais elle ne tousse ni ne crache. L'auscultation ne permet pas de constater de bacillose.

L'érythème suit son évolution habituelle.

La malade est perdue de vue sans qu'on ait pu faire d'épreuves à la tuberculine.

Obs. VIII (L. TÖRÖK : *P. Medizin. Chir. Presse*. XLIV, 1908, N^{os} 30-31). — H. O. . . , 37 ans, imprimeur. Depuis 10 ans, psoriasis vulgaire ; a eu maintes blennorrhagies, la dernière il y a un an. Accident initial du prépuce il y a deux mois. Depuis quinze jours, roséole. Un à deux jours après l'apparition de celle-ci, éruption de gros boutons à la partie inférieure des cuisses.

Etat au 23 oct. 1903. — Anémie. Roséole étendue. Adénopathie généralisée : psoriasis vulgaire du coude. A la partie postérieure du tiers inférieur de la cuisse gauche se trouve une nodosité de la grosseur d'une noisette, occupant l'hypoderme, arrondie, entourée d'une zone œdémateuse et hyperémiée. La surface cutanée est rouge sombre. Deux nodosités analogues, mais plus petites à la cuisse droite ; l'une, comme à gauche ; l'autre, à la face externe de la partie supérieure de la cuisse droite.

Traitement mercuriel.

Le 4 novembre 1903 : La roséole a disparu. Les nodosités sensibles encore à gauche.

L'hyperémie a disparu à droite, mais les nodosités sont encore sensibles à la palpation.

1^{er} décembre 1903 : Les nodosités réapparaissent. Au milieu du tibia droit, un placard large comme la paume de la main, rouge sombre, et au milieu, une nodosité sous-cutanée du volume d'une noisette. Légère fluctuation au centre de la nodosité.

Le 15 : Exulcération des nodosités décrites.

La partie interne des bords et le fond laissent voir par places des points nécrotiques blancs-verdâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle.

L'infiltration n'est plus guère sensible.

25 janvier 1904 : L'ulcération est cicatrisée.

Obs. IX. — Gy. . . , 25 ans, mariée ; frère, sœurs, mari bien portants ; un frère mort à l'âge de cinq mois. Jamais de grossesse. Il y a quatre ans, iritis traitée par KI. Sa maladie de peau a commencé il y a huit ans.

Tous les ans, en automne, éruption aiguë. Apparition d'ulcération la première fois il y a deux ans ; maintenant pour la deuxième fois.

Les nodosités étaient d'abord petites ; elles ont acquis leur grosseur actuelle en quinze jours.

7 octobre 1901 : Aux deux jambes, nodosités nombreuses, de la grosseur d'une noisette, sous-cutanées. Peau rouge violacé avec œdème. Quelques nodosités plus petites. Parmi les grandes nodosités, quelques-unes ulcérées.

20 novembre 1901 : Des nodosités, les unes sont ulcérées, les autres en régression. Plus d'hyperémie, mais nodosités encore sensibles à la palpation.

31 janvier 1902 : Guérison très lente. Le traitement institué fut en dehors des pansements, du fer, de l'As, etc., car le diagnostic posé fut érythème de Bazin. C'est l'apparition d'une iritis qui fit faire le diagnostic.

Guérison par le traitement mercuriel.

15 juillet 1904 : Sur les deux jambes, sur la face d'extension, apparition brusque de nodosités sensibles dans le tissu conjonctif sous-cutané.

La peau, à ce niveau, est hyperémiée et œdémateuse sur une largeur de deux travers de doigt. A droite, 4 nodosités, à gauche, 6.

29 août : A la partie inférieure de la région tibiale droite, infiltration profonde rouge-bleuâtre, de la dimension d'une soucoupe. Ulcération à bords nets, fond granuleux rouge, suintant. A la

jambe, ulcérations analogues, non groupées, mais irrégulièrement distribuées. En dehors de ces ulcérations, nodosités dermo-hypodermiques, avec téguments rouge-bleuâtres, nodosités apparues seulement depuis peu de temps.

9 septembre : Une nodosité est fluctuante à gauche. Incision. Ecoulement de liquide purulent.

1^{er} novembre : Guérison des anciennes ulcérations, avec pigmentation brune, mais nouvelles nodosités dermo-hypodermiques aux jambes ; une autre nodosité dans le dos, avec plusieurs points ulcérés.

Le 6 : Nouvelle infiltration, dont la malade s'aperçut depuis huit jours. Ulcération.

Guérison difficile, malgré le traitement intensif. Malade revue en 1908 : périostite des os du nez.

Nous arrivons à une question beaucoup plus importante, au moins par les discussions récentes qu'elle a suscitées : nous voulons parler des rapports de l'érythème noueux avec la *tuberculose*.

La question a déjà été posée, et l'attention a été attirée sur ce point depuis de nombreuses années, grâce aux travaux de Uffelmann et de Landouzy.

Nous ne parlerons, pour le moment, que des arguments d'ordre clinique. Si l'on rassemble tous les cas, qui ont été publiés, d'érythème noueux en rapport avec la tuberculose, on voit qu'ils peuvent se ranger dans les catégories suivantes :

1^o Des cas de coïncidence, c'est-à-dire des cas où l'érythème noueux apparaît chez un malade déjà porteur de lésions bacillaires, soit tuberculose pulmonaire, soit tuberculose locale, osseuse ou articulaire.

En somme, il s'agit de tuberculeux dont l'évolution de la maladie est traversée par un incident qui est l'érythème noueux.

Doit-on rapporter l'érythème noueux à la tuberculose ? La fréquence incontestable de la coïncidence nous paraît plutôt dûe surtout à la fréquence de la bacillose elle-même. Car d'une part, il est tout aussi fréquent de constater qu'un malade atteint d'érythème noueux ne présente aucun signe clinique de tuberculose, pulmonaire ou autre. D'autre part, dans bon nombre de cas où le malade est tuberculeux, il semble bien que l'évolution de la bacillose n'est pas modifié, ni dans un sens, ni dans un autre, par l'apparition d'un érythème noueux.

On a signalé chez l'enfant la fréquence de l'adéno-pathie trachéo-bronchique dans les cas d'érythème noueux coïncidant avec la tuberculose.

Mais en revanche, chez l'enfant également, on trouve des cas d'érythème noueux sans aucun signe d'adéno-pathie trachéo-bronchique ou de quelque autre manifestation clinique de la tuberculose.

Quelquefois, si l'on ne trouve pas de tuberculose en évolution chez le malade, on retrouve des signes de tuberculose dans ses antécédents personnels, parfois seulement dans ses antécédents héréditaires.

Une telle constatation nous paraît en vérité par trop insuffisante pour rattacher l'érythème noueux à la tuberculose.

2° Il existe des cas, plus intéressants, où, chez un malade, jusque-là indemne de toute tuberculose, apparaît un érythème noueux, et après celui-ci se développe une tuberculose. L'apparition de la tuberculose, dans ces cas, se fait de façon très variable, tantôt quelques semaines ou même quelques mois après la guérison de l'érythème, tantôt, au contraire, suivant de près la dermatose ; et

même parfois la tuberculose coïncide avec la dermatose de façon telle qu'on ne peut en somme séparer les deux affections.

Tel est le cas d'une des observations que nous publions (Obs. XVII).

Obs. X (Personnelle). — M^{me} M . . . , 49 ans, couturière. Entre à l'hôpital, le 8 décembre 1908.

Antécédents. — Père mort d'anévrysme à 50 ans. Elle-même fut toujours malade jusqu'à la puberté ; réglée à 16 ans et toujours bien réglée jusqu'à la ménopause, il y cinq ans. A eu deux enfants morts en bas âge et une fausse couche de quatre mois et demi. Son premier mari est mort à 38 ans, de méningite tuberculeuse ; le deuxième mari est bien portant.

Il y a cinq ans, la malade a présenté une lésion très prurigineuse de la peau de la région dorsale ; M. Brocq, consulté, fit vingt piqûres d'huile g^{ra}ise. Guérison. Actuellement, trois taches fortement pigmentées sur le dos. Il y a deux ans, la malade a été soignée pour séborrhée péri-pilaire.

Il y a quinze jours, frisson, anorexie, courbature. Après une purgation, le malaise cesse et dix jours après apparaissent les premières taches. Celles-ci occupent la partie inférieure des avant-bras, les poignets et les mains ; taches rouges avec œdème, infiltration saillante, dure à la partie centrale, douloureuse, s'accompagnant de douleurs articulaires.

La malade est restée vingt jours à l'hôpital, traitée par le « Lactéol », enveloppement des membres atteints.

Elle sort à peu près complètement guérie ; mais il persiste longtemps une teinte rosée au niveau de la lésion.

A l'auscultation : matité au sommet droit, avec exagération des vibrations vocales, diminution notable du murmure vésiculaire, et pectoriloque aphone.

Le 20 février 1910, la malade rentre à l'hôpital.

A la suite de fatigues, et peut-être d'exposition au froid, la malade est prise de frisson et de fièvre, avec douleur dans les coudes et le genou droit. La malade prend un purgatif.

Mais les lésions réapparaissent. Placards érythémateux simples, mais aussi nodosités nettes. Cette fois, les éléments siègent non seulement aux mains, mais encore au visage, à la jambe droite, au voisinage de la cheville. Au visage, les éléments sont nettement nouveaux.

Signes de bacillose pulmonaire sans modification appréciable depuis l'an dernier. Embompoint. Intra-dermo-réaction positive.

En résumé, chez une malade probablement syphilitique et bacillaire ancienne, un érythème polymorphe à prédominance noueuse.

Obs. XI (Communiquée par M. le Dr CAUSSADE). — M^{lle} S. C... , à l'âge de 10 ans, a eu un érythème noueux typique survenu en pleine santé. Elle s'est aperçue de son affection à cause de la douleur que provoquaient les nodosités. Celles-ci avaient l'aspect, la forme et les dimensions des nodosités caractéristiques de l'érythème noueux ; elles siégeaient sur les jambes, à la face interne des tibias seulement, au nombre de 4 à 5 environ sur chaque jambe. Au début la peau était plissée, puis est survenue une induration qui a augmenté rapidement (en deux jours) mais qui a diminué ensuite progressivement (8 à 10 jours), en laissant des colorations successivement bleue, violette, verte et jaune. Pendant l'évolution des nodosités la douleur a été sourde, peu forte mais continue. Elle a disparu avec les nodosités. Il n'y a eu aucun trouble digestif, la fièvre (non chiffrée au thermomètre), semble n'avoir pas été intense, l'état général n'a pas été altéré. Il n'y a pas eu de troubles gastro-intestinaux.

En somme cette affection a duré dix jours environ et ne s'est manifestée que par l'éruption. Ni avant son apparition ni après sa disparition il n'y a eu le moindre trouble organique.

Depuis deux ans M^{lle} S. C... n'a présenté aucune affection, aucune infection, ni générale, ni localisée. L'appareil pulmonaire examiné avec soin aujourd'hui même, est sain. Il n'y a pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Il existe seulement une légère hypertrophie de quelques ganglions cervicaux.

Chez les parents (père et mère) et chez les frères et sœurs il n'y a pas de tuberculose, au moins appréciable. La tuberculose fait presque totalement défaut du côté maternel (une tante morte de

tuberculose sur dix oncles et tantes). Grand-pères et grand-mères indemnes. Du côté paternel tous les ascendants directs sont sains en remontant à la quatrième génération ; parmi les collatéraux de 2^e et 3^e génération seulement on trouve quatre parents morts de tuberculose.

La malade elle-même a eu seulement une rougeole à 5 ans et une otite moyenne suppurée à l'âge de 11 ans, cette otite est entièrement guérie aujourd'hui.

Obs. XII (DU CASTEL). — *Eruption de la face, à type lupus érythémateux, et érythème noueux des jambes chez une malade atteinte d'adénites tuberculeuses du cou.* — Société de dermatologie. — Séance du 12 janvier 1899.

D. . , âgée de 31 ans, femme de ménage.

Cette malade s'est présentée à l'hôpital pour des nodosités rouges qu'elle portait aux jambes, principalement à la jambe gauche qui est recouverte de petites saillies érythémateuses de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Dans la famille de M^{me} D. . , on ne relève aucun antécédent morbide. Son père, âgé de 71 ans, et sa mère, de 68 ans, sont bien portants ; de même ses frères et sœurs qui sont au nombre de 9. Elle fut toujours la plus faible de tous, et forcée, tous les hivers, de prendre de l'huile de foie de morue.

Tous les hivers, notre malade eut des bronchites ; elle n'a jamais craché de sang ; elle n'eut jamais de sueurs nocturnes ; elle n'a pas maigri. A l'auscultation, on ne trouve aucun signe suspect.

Cette dame eut un enfant, venu à terme, mais qui est mort, âgé de 5 ans, l'année dernière, à Trousseau, la mère ne sait pas au juste de quoi, mais d'une affection pulmonaire certainement, d'une bronchite, dit-elle ; l'enfant, conduit le soir à l'hôpital, mourut le lendemain. Mad. D. . fut réglée assez tard, sans qu'elle puisse d'ailleurs préciser exactement la date.

Comme affection sérieuse, on note dans les antécédents de notre malade une fièvre typhoïde, à l'âge de 18 ans ; elle resta alitée pendant trois mois, puis quelque temps après, survint une rechute peu grave.

M^{me} D... présente des cicatrices au cou et vers l'angle de la mâchoire, du côté gauche. Elle nous dit qu'à l'âge de 9 ans, elle eut à cet endroit des abcès froids qui suppurèrent pendant près de 3 ans; jusqu'à l'âge de 13 ans, il y eut trajet fistuleux et pus. Au bras gauche, la malade présente aussi une cicatrice fistuleuse, située au-dessus du coude, à la face antérieure. Cet abcès, venu en même temps que ceux du coude, suppura aussi longuement. Il n'y eut jamais d'élimination osseuse.

Récemment, notre malade s'est beaucoup fatiguée; placée dans une grande épicerie, elle était seule pour servir trente-deux personnes, et ce surmenage dura deux mois.

Il y a trois semaines, M^{me} D... fut obligée de cesser tout travail, ses jambes lui refusant tout service. Sur la jambe droite ont paru quelques nodosités érythémateuses, dont une surtout, très saillante, située à la face antérieure, atteint la grosseur d'un œuf de pigeon. Sur cette jambe, variqueuse ainsi que la gauche, les noyaux érythémateux sont très douloureux à la pression; le contact du bas suffit pour amener un peu de douleur. A la cuisse droite, il existe quelques nodosités.

La jambe gauche et la cuisse gauche sont irrégulièrement couvertes de nodosités érythémateuses; à remarquer toutefois que celles-ci, beaucoup plus abondantes qu'à droite, sont beaucoup moins douloureuses à la pression. Il n'y a rien sur les pieds.

Notre malade présente à la figure trois placards de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes: l'un au-dessus du sourcil droit, les deux autres à la racine du nez, mais plutôt à droite qu'à gauche. Ces taches sont actuellement planes, non surélevées, avec une légère desquamation au centre. Au début, quand la malade vint pour la première fois à la consultation, ces placards étaient surélevés; ils étaient recouverts de squames très abondantes, adhérentes, d'aspect plâtreux, absolument semblables à des plaques de lupus érythémateux.

Il existe en arrière, sur le cou, du côté droit, un placard semblable. Rien sur les joues. Une cicatrice sur le front, consécutive à une brûlure.

Dans la discussion qui suivit, M. du Castel pose la question :

Y a-t-il relation entre cet érythème noueux des jambes à allure traînante (puisque voilà déjà six semaines qu'il dure, et c'est à peine s'il est en résolution), entre l'éruption de la face et les lésions tuberculeuses dont la malade a été atteinte autrefois ?

M. Lerredde remarqua : « Il y a cependant un fait curieux que j'ai déjà observé plusieurs fois ; c'est la coïncidence, chez certains malades, de ganglions volumineux et d'érythème noueux ayant des caractères d'érythème noueux banal ».

Obs. XIII (Personnelle). — Catherine H..., 40 ans, entre à l'hôpital le 8 août 1908, avec maladie mitrale, néphrite chronique.

Seuls, les antécédents de la malade sont intéressants pour nous. C'est une spécifique, qui a eu, il y a 2 ans, un érythème noueux, et qui, dans l'enfance, a eu de l'ascite.

Malade probablement tuberculeuse, mais ne présente actuellement aucun signe apparent de tuberculose.

Obs. XIV (Inédite). — Malade de M. le Dr Marfan. — Madeleine G., 9 ans 1/2, entre à l'hôpital le 13 janvier 1910.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. le père toutefois est rhumatisant ou plutôt goutteux. Une sœur est âgée de 6 mois, bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au biberon, a eu des troubles digestifs pendant les 6 premiers mois. Rougeole à deux ans et demi, varicelle à 4 ans. Coqueluche à 6 ans, très longue, il y eut des crises de toux pendant un an, mais pas de bronchite depuis. Scarlatine à 8 ans.

Cet été, l'enfant a eu des glandes au cou. L'enfant dort habituellement la bouche ouverte.

Depuis un an, elle a des pertes blanches abondantes, jaunâtres empesant le linge.

Elle n'a jamais eu de douleurs articulaires.

Le 3 *janvier* dernier, l'enfant a eu mal à la gorge.

Depuis le 9, sont apparues des plaques rouges sur les jambes et le 12 sur les bras.

A l'entrée, érythème noueux typique.

Cuti-réaction positive le 15, poussées successives multiples.

La température ne dépasse pas 38°5, devient normale le 26 et l'enfant sort le 10 février.

Le sommet droit est seulement suspect, mais aucun signe d'adénopathie trachéobronchique.

Obs. XV (Inédite). — Malade de M. le D^r MARFAN. — Renée C . . , 5 ans 1/2, entre à l'hôpital le 21 janvier 1910.

Antécédents. — Parents bien portants.

L'enfant est née à terme. Il y a 2 ans, elle est restée 4 ou 5 jours sans pouvoir marcher (?).

Depuis un mois l'enfant tousse et rend tout ce qu'elle prend ; elle a maigri.

Le 19, la mère s'aperçoit de rougeur sur les jambes.

A l'entrée, érythème noueux typique.

Cutiréaction positive le 24 janvier.

La fièvre atteint 39°2 à l'entrée, elle oscille au voisinage de 38°5 jusqu'au 1^{er} février.

Comme dans le cas de l'observation précédente, on ne constate aucun signe d'adénopathie trachéobronchique, mais seulement de légères modifications du murmure vésiculaire aux sommets.

Obs. XVI (Inédite). — Malade de M. le D^r MARFAN. — Germaine B. . . , 5 ans, entre à l'hôpital le 10 mars 1910. Parents bien portants. Comme antécédents personnels : teigne, varicelle et rougeole à 3 ans.

Une oreille a coulé il y a 2 mois.

Il y a 12 jours, l'enfant a commencé à être mal en train, se plaint du ventre, elle dort constamment et ne mange pas.

La température atteint 39°5 le soir, 38°9 le matin.

A l'entrée, on pense à la possibilité d'une granulie ; à un sommet une respiration légèrement soufflante tendrait plutôt à confirmer ce diagnostic, mais la température baisse et le surlendemain apparaît un érythème noueux typique mais à petits éléments.

Cutiréaction positive le 13 mars.

L'érythème guérit rapidement.

Aucun signe d'adénopathie trachéo-bronchique.

Obs. XVII (de M. le Dr HALLÉ. (Inédite) (1). — *Granulie ayant débuté par un érythème noueux chez un enfant de 6 ans.* Il s'agit d'une enfant de 6 ans, dont la santé jusqu'alors avait été très bonne.

Au début de février 1909, cette enfant est prise de fièvre, d'insappétence, et dès le premier jour de l'apparition de la fièvre, les parents me font appeler.

Il m'est impossible de faire un diagnostic le premier jour ; mais le lendemain apparaît un érythème noueux très intense, aux localisations habituelles, aux jambes, aux avant-bras et surtout aux bras. L'éruption, très marquée, avec très forte induration aux membres inférieurs, est d'une abondance et d'un éclat inaccoutumés. La température dépasse 39°, la langue est sale, gardant l'empreinte des dents ; l'haleine est légèrement fétide.

L'examen des différents viscères ne révèle aucun signe morbide appréciable dans aucun organe.

L'enfant est maintenue au lit, avec des compresses d'eau fraîche au niveau des membres inférieurs. On lui fait chaque jour un lavage d'intestin ; son régime ne comprend d'abord, pendant plusieurs jours, qu'un peu de lait coupé d'eau, de bouillon de légumes seul ou rendu plus nourrissant par l'adjonction d'un peu de farine.

Soins attentifs de la bouche, des gencives et des dents.

Au bout de huit jours, la situation ne s'était nullement modifiée,

(1) M. Marfan fait allusion à ce cas dans son article de la *Presse médicale* 26 juin 1909.

chose qui me paraît insolite ; la température reste aussi élevée. Les parents, très préoccupés dès le début de cette affection, prient M. le Dr Marfan de voir l'enfant avec moi.

M. Marfan ne constate rien d'alarmant dans aucun organe, et en particulier rien de suspect au niveau de l'appareil pulmonaire. Nous recherchons des signes d'adénopathie trachéo-bronchique sans en trouver. Du reste, l'enfant est une belle fillette bien constituée, de très belle santé habituelle. Seule, la santé de son père, très grand, très mince et très étroit nous faisait suspecter les antécédents héréditaires de la malade. Mais l'examen de la malade elle-même ne révélait rien de suspect au point de vue de lésion tuberculeuse.

Malgré l'adjonction au traitement précédemment prescrit d'une médication destinée à faire de l'antisepsie intestinale (benzonaphtol, salicylate de soude à très petites doses, etc...), aucune modification ne se produit, ni dans l'état général, ni dans l'état local de l'érythème.

C'est seulement vers le quinzième jour d'une fièvre continue avec légères rémissions matinales et dépassant souvent le soir 39°5, que la température tend doucement à baisser. L'enfant maigrit assez notablement, mais tout faisait penser, comme nous l'avions presque affirmé à la famille, que l'affection touchait à sa fin, et qu'une prompte guérison allait survenir, lorsque le dix-septième jour de la maladie, je fus appelé en toute hâte pour un symptôme nouveau, une crise de rétention d'urine datant de 12 à 24 heures. Cette crise, du reste, céda à un bain tiède prolongé dans lequel l'enfant se mit à uriner.

Le lendemain, nouvelle crise de rétention d'urine, cédant de nouveau à la balnéation tiède. Il était fort difficile de trouver une cause à cette rétention ; rien d'anormal au niveau de l'urèthre ou des organes génito-urinaires externes urines ; fébriles un peu foncées, mais ne présentant aucun dépôt, ni albumine, ni sang. Le ventre ne paraît pas douloureux ; on ne constate rien au palper de l'abdomen.

A cette époque, l'érythème nouveau diminue, mais la température cesse de baisser et oscillera dorénavant, pendant près de trois

semaines, entre 38° et 39°, avec une irrégularité complète, mais avec une rémission matinale à peu près constante.

Malgré la reprise de l'alimentation, l'enfant, loin de reprendre des forces, paraît fatiguée, transpire facilement, perd progressivement sa gaieté et son entrain habituels. Son caractère enjoué fait place à une gravité exagérée à son âge, avec augmentation des sentiments affectifs, ce dernier symptôme frappant beaucoup la famille. La nuit, des transpirations abondantes paraissent fatiguer la petite malade et contribuer à l'affaiblir.

Une vague tuméfaction abdominale, du météorisme alternant avec, au contraire, des phases de rétraction du ventre, font penser alors à un début de péritonite tuberculeuse, diagnostic qui se confirme en tous points après trois semaines de phénomènes abdominaux légers, fort peu douloureux, mais ne cédant à aucune médication (applications chaudes, glace, etc...).

M. Marfan, puis M. Hutinel qui voient successivement l'enfant en consultation, confirment absolument le diagnostic de péritonite chronique, très probablement de nature bacillaire.

A cette époque, il n'existe encore aucun phénomène du côté des voies respiratoires, mais l'amaigrissement augmente, la fièvre persiste, et l'alimentation de la malade devient de plus en plus difficile.

La respiration, jusqu'alors absolument bonne, prend vers la fin du mois de mars un caractère de rudesse tout à fait nette dans l'ensemble des deux poumons. Quelques jours après, le tableau d'une granulie s'impose à un examen attentif; des crépitations fines apparaissent dans les deux poumons, puis surviennent des accidents du côté du système nerveux, montrant la participation des méninges au processus granulique.

A ce moment, les phénomènes abdominaux rétrocedent d'une façon surprenante. L'enfant succombe en quelques jours avec des accidents de méningite absolument caractéristiques.

L'ensemble de la maladie a duré en tout 70 jours, sans qu'à aucun moment il y ait eu une rémission nette dans la marche des symptômes."

Obs. analogues. — α) BAUMLER : *Ueber die klin. Bedeutung*

des *E. N. und verwandter Hautausschläge*, 1889. — Jeune fille de 18 ans, bien portante, mais pâle.

Après un érythème noueux qui paraissait peu grave, tout à coup, explosion de méningite et mort.

β) KUHN. — Enfant de 7 ans, mort de granulie six semaines après un érythème noueux.

γ) OEHME. — Jeune fille de 15 ans 1/2 ; de famille saine.

Six à huit semaines après l'apparition d'un érythème noueux, succombe à une méningite tuberculeuse.

Il nous paraît inutile de multiplier les observations de ce genre ; toutes sont plus ou moins comparables à celles que nous venons de citer.

L'intérêt de ces cas réside, en somme, dans la constatation de la coexistence de la tuberculose et de l'érythème noueux. Dès qu'on a cherché à l'affection une cause autre que le rhumatisme, en écartant l'idée de maladie spécifique, on a trouvé la tuberculose, au moins aussi souvent que la blennorrhagie ou la syphilis, et ces dernières sont cependant assez fréquemment notées.

En 1907, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui eut lieu à Reims, M. Landouzy fut même assez affirmatif. Il considère l'érythème noueux comme la manifestation locale d'une septicémie bacillaire qui peut rester légère, atténuée, ou prendre l'allure de la typho-bacillose. Cette poussée peut guérir sans laisser de lésion appréciable, au moins cliniquement ; mais, à la longue, la tuberculose pourra se révéler par diverses manifestations pulmonaires, péritonéales, méningitiques, etc..., etc...

Pour le moment, nous ne voulons envisager la question qu'au point de vue clinique. Peut-on, de ces cas

d'observation clinique, conclure à la nature tuberculeuse de l'érythème noueux.

Et tout d'abord, peut-on affirmer que l'érythème noueux est toujours tuberculeux ? Evidemment non, puisque nous voyons des cas, et nombreux, où le malade ne présente ni avant, ni pendant, ni après l'érythème, aucun signe de tuberculose, apparente tout au moins.

Toujours au point de vue clinique, dans les cas où l'on a constaté la tuberculose, peut-on dire que la dermatose est de nature tuberculeuse ?

A notre avis, il faut ici diviser les cas.

Sans aucun doute, dans un cas comme celui de notre observation XVII, d'une granulie ayant débuté par un érythème noueux, il existe une très forte présomption en faveur de la nature tuberculeuse de l'érythème ; car l'évolution s'est faite en une fois, les deux syndrômes, péritonéo-méningé d'une part, et érythémateux d'autre part, empiétant l'un sur l'autre, de telle sorte qu'il est difficile de préciser quand l'un finit et quand l'autre commence. Il répugnera toujours à notre esprit, dans un cas semblable, de considérer le sujet comme atteint de deux affections de natures différentes, et concomitantes. L'une étant de nature évidente, et l'autre de nature inconnue, on rattachera tout naturellement la seconde à la même cause que la première.

Quand il s'agit de cas où la tuberculose apparaît dans un temps plus ou moins rapproché de la guérison de l'érythème noueux, les présomptions sont déjà moins fortes. Il est encore possible qu'il y ait identité de nature, mais notre esprit acceptera plus volontiers dans ce cas l'idée de la dualité d'origine des deux affections.

Rapportons-nous à ce que l'on voit dans d'autres affections. Après une maladie infectieuse, quelle qu'elle soit, il est fréquent de voir éclater une autre maladie infectieuse sur un terrain favorable et tout préparé par l'affection antérieure. Est-il nécessaire de rappeler, par exemple, la fréquence de la tuberculose sous toutes ses formes comme séquelle de la rougeole, et souvent à une époque rapprochée de l'atteinte morbilleuse, chez un sujet jusque là indemne de toute atteinte bacillaire au moins cliniquement apparente ? Nous ne voyons certes pas là un argument en faveur de la nature bacillaire de la rougeole.

Quoi qu'il en soit, ici encore, il reste des présomptions en faveur de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux. Ces présomptions s'affaiblissent singulièrement quand on envisage les cas d'érythème noueux survenant chez un bacillaire avéré, et cela pour deux raisons.

La première tient à la fréquence extrême de la bacillose, en particulier dans nos services hospitaliers, et à la rareté relative de l'érythème noueux. Combien d'autres affections intercurrentes, de natures diverses, ne voit-on pas évoluer chez un bacillaire au cours de la durée souvent longue de sa bacillose ! Ensuite, si dans ces cas, il s'agissait de bacillose, ce ne pourrait être qu'une septicémie bacillaire ; même atténuée, on devrait alors, nous semble-t-il, la voir suivie toujours d'une aggravation de la lésion bacillaire primitive, ce qui n'est pas constant.

Et même dans les cas, où, après un érythème noueux, un tuberculeux voit son affection évoluer, s'aggraver plus ou moins, peut-on en conclure que l'érythème est

tuberculeux ? Evidemment non. Ne voyons-nous pas chaque jour le même fait se produire chez des tuberculeux, à la suite d'une infection due à un microbe, banal ou non, différent du bacille de Koch ?

On peut objecter à tout cela, il est vrai, le fait même de la coexistence de la tuberculose et la fréquence même de cette coexistence : on n'avait pas d'autre preuve que cette simple coexistence quand on a pu affirmer l'origine syphilitique du tabes ou de la paralysie générale, et cependant on ne met pas en doute, en général, cette origine, même quand on ne peut trouver aucune trace apparente de syphilis dans les antécédents des tabétiques ou des paralytiques généraux.

Nous répondrons que la fréquence de la coexistence dans le cas qui nous intéresse, est loin d'être aussi grande. Les cas d'érythème noueux sans tuberculose viennent contrebalancer le nombre des cas avec tuberculose.

Nous pouvons répéter ici ce que nous disions de la syphilis. De la fréquence de la coïncidence de la syphilis et de l'érythème noueux, nous n'avons pas conclu à la nature syphilitique de l'érythème.

Nous venons de passer en revue les arguments que la clinique seule peut nous fournir dans notre recherche de la nature vraie de l'érythème noueux.

La conclusion provisoire que nous pouvons formuler dès maintenant, c'est que, actuellement, nous n'avons en tous cas, aucunement le droit d'affirmer la nature tuberculeuse de l'érythème noueux. Celui-ci nous apparaît plutôt et plus souvent comme la conséquence d'une infection banale, coïncidant plus particulièrement avec

la blennorrhagie, la syphilis, la fièvre typhoïde, la tuberculose, pour ne citer que les cas les plus fréquents, sans que nous puissions dans aucun cas affirmer l'identité de nature de l'érythème et de l'infection concomitante.

II. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

La clinique seule ne nous a pas permis de résoudre la question de l'origine de l'érythème noueux.

Voyons maintenant si l'expérimentation, la bactériologie, l'anatomie pathologique, les moyens de laboratoire en un mot, pourront nous donner la solution.

Toutes les recherches, dans ces dernières années, ont porté sur la tuberculose. Nous nous contenterons de rappeler seulement ici le cas, que nous avons publié, d'Orillard et Sabouraud, où la nature streptococcique de l'érythème noueux est établie. Comme nous le disions, ce cas a la valeur d'une expérience.

Nous ne parlerons plus guère dorénavant que de la tuberculose.

En la circonstance, la première idée qui se présente à l'esprit, c'est de rechercher le bacille de Koch.

D'abord, au niveau de la lésion, par examen direct de la lésion elle-même, ou par ponction.

Nous n'avons jamais pu, pas plus qu'aucun des auteurs qui ont fait cette recherche, découvrir le bacille de Koch au niveau d'une nodosité.

Un autre procédé classique permettrait peut-être de mettre en évidence la nature bacillaire de l'érythème noueux : nous voulons parler de l'injection ou de l'inoculation au cobaye. On a prélevé, par biopsie, des nodosités typiques d'érythème noueux, que l'on a inoculées

sous la peau de cobayes, avec ou sans broyage préalable. Ces essais ont été faits par nombre d'expérimentateurs, et par nous-même. Les insuccès sont constants. Jamais jusqu'ici, il n'a été possible de tuberculiser le cobaye par inoculation de nodosités d'érythème nouveau.

Un seul cas, d'Hildebrandt, amena la tuberculisation d'un cobaye par inoculation intra-péritonéale du sang d'un malade atteint d'érythème nouveau.

Par son importance et son caractère unique, cette observation mérite d'être rapportée.

Obs. XVIII (Résumée). — (HILDEBRANDT. *Munch. med. Wochenschrift*, 1907, n° 7). — M. R..., 24 ans, cuisinière, entrée le 1^{er} novembre 1904.

Antécédents. — Père mort de maladie inconnue. Mère morte à 69 ans d'une affection hépatique et gastrique, avec catarrhe intestinal.

Des frères et sœurs, deux sont morts jeunes, quatre sont bien portants.

A 9 ans, coqueluche. De 12 à 22 ans, adénopathies, surtout dans le creux axillaire. Régression spontanée de celles-ci, sans ouverture.

Il y a 3 ans, fracture de jambe. Souvent enrhumée.

Il y a 15 jours, dysphagie intense, persistant pendant trois à quatre jours, s'accompagnant de vésicules linguales; gencives légèrement saignantes.

Depuis quatre jours, douleurs dans les deux jambes, céphalée, inappétence, sensation de courbature.

Premières règles à 18 ans. Il y a un an et demi, accouchement d'un enfant bien portant; dernières règles il y a deux mois (?).

Etat actuel : Femme de bonne santé apparente; poids : 50 kil. 500.

Sur les deux bras, un certain nombre de points sont infiltrés et hyperémisés; leur grosseur varie d'un grain de mil à 1,3 cm.; ils sont un peu douloureux à la pression.

Les deux jambes présentent, au niveau des genoux surtout, une

éruption érythémateuse du type de l'érythème noueux, dépassant les dimensions d'une pièce de 1 mark. A la partie postérieure des jambes, l'érythème est plus confluent. Légère réaction ganglionnaire. Les articulations ne sont pas douloureuses, sauf le coude droit. Les seins, volumineux, contiennent du colostrum.

Poumons : Au sommet droit, diminution de la sonorité. En avant, inspiration affaiblie et expiration prolongée. Foie normal. Rate grosse. Abdomen augmenté de volume, grossesse de six mois.

Fièvre. — Traitement par le salicylate de soude, et enveloppement ouaté. Diazoréaction positive.

Le 3 novembre, l'éruption est abondante aux deux avant-bras. Coude gauche douloureux. Quelques éléments nouveaux à la cuisse.

A cinq heures de l'après-midi, prise de sang à la veine médiane gauche à l'aide d'une seringue de Lür. Deux cobayes reçoivent chacun 1 cent. c. de sang dans le péritoine. On ensemente le reste sur sang-agar.

Le 4, nouveaux éléments à la cuisse avec petite adénopathie.

Le 5, nouvelle éruption au membre supérieur. Le sang ensemené, n'a pas encore poussé.

Le 6, douleurs dans les cuisses pendant la nuit. L'érythème prend à ce niveau une teinte verdâtre. Un peu d'albumine.

Le 8, nouvelle poussée au dos de la main gauche. Douleurs articulaires. Les urines contiennent de l'albumine et de l'urobiline.

Les jours suivants, les cultures sont restées stériles. L'érythème prend les colorations ecchymotiques habituelles.

La fièvre est tombée le 13 ; à partir du 13, période d'apyrexie.

Le 10 décembre, apparaissent des frottements pleuraux.

Le 29, on constate un épanchement pleural droit.

Le 3 janvier, éruption vésiculeuse au palais. Ensemencement : Streptocoque et staphylocoque.

Le 16 février, accouchement d'un enfant qui mourut à 9 semaines.

Le 7 mars, la température atteint 38°4. Frottements pleuraux à gauche.

Le 19 avril, on constate des frottements péricardiques, le 24, un exsudat qui dure, avec une fièvre irrégulière, jusqu'en juillet.

La malade sort le 17 septembre 1905, après un séjour de près de neuf mois.

Revue depuis sa sortie, elle présente toujours une infiltration du sommet droit. Des cobayes inoculés, l'un, mâle, a succombé, avec ascite ; tuberculose intestinale, adénopathie mésentérique ; grosse rate ; le foie contient des tubercules ; tuberculose pulmonaire. L'autre, femelle, a mis bas un petit qui succombe bientôt ; ascite, cœcum enflammé ; adénopathie ; rate grosse.

En résumé, un sujet déjà atteint de tuberculose, souffre d'une façon aiguë d'angine, de stomatite, et dix à douze jours après, d'érythème noueux. Au maximum de l'érythème, diazo-réaction positive ; l'injection de sang au cobaye le tuberculise, pendant que les cultures restent stériles.

Dans la suite, pleurésie droite, puis gauche ; péricardite. Donc, au moment où est survenu l'érythème noueux, il y avait des bacilles tuberculeux virulents dans la circulation.

Cette observation est unique. Donne-t-elle la preuve de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux ?

Remarquons ici que l'évolution fébrile de la dermatose est séparée du reste de l'évolution par une période apyrétique. Remarquons en outre qu'il s'agit d'un sujet tuberculeux chronique, qui était tuberculeux avant comme après son érythème noueux. C'est, en somme, un cas de tuberculose chronique banale dont l'évolution a été traversée par un érythème noueux.

Le fait de constater la tuberculisation du cobaye par l'inoculation du sang d'un *tuberculeux chronique*, l'inoculation ayant eu lieu au moment de l'érythème noueux, ne peut prouver la nature tuberculeuse de cet érythème.

De sorte que, à bien réfléchir, cette observation n'ajoute pas, à notre avis, une présomption beaucoup plus forte à la nature tuberculeuse de l'érythème noueux

que les autres cas de coïncidence clinique de la dermatose et d'une tuberculose pulmonaire chronique.

De plus, à côté de cet unique cas, dont la valeur n'est pas absolument probante, existent les nombreux résultats, constamment négatifs, de recherches analogues.

*
* * *

Les moyens classiques de recherche faisant défaut, il était naturel de s'adresser à d'autres moyens de laboratoire, tendant à établir, d'une façon détournée, la nature tuberculeuse de l'affection.

Dans ces dernières années, on a surtout fait appel aux réactions à la tuberculine : ophtalmo-réaction, cuti et intradermo-réaction.

Nous ne voulons pas rappeler l'historique de *intra-dermo-réaction*. Nous renverrons aux nombreux travaux parus sur ce sujet dans ces derniers temps.

Nous empruntons à MM. Bezançon et Philibert les conclusions suivantes dans leur étude sur les moyens de diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire. « Pour résumer, disent-ils, la valeur de l'ophtalmo et de la cuti-réaction, il nous faut penser aux circonstances où le médecin se trouvera, quand, ayant abandonné la recherche de cette réaction chez des sujets évidemment tuberculeux cliniquement, on n'aura à l'appliquer que dans les cas difficiles.

Chez un sujet apparemment sain, et surtout chez un enfant, une réaction négative (première et unique) permettra d'exclure l'hypothèse de tuberculose ; une première et unique réaction positive, surtout chez l'enfant,

indiquera un foyer tuberculeux latent, mais sans permettre de savoir s'il restera latent ou s'il évoluera.

Chez un sujet atteint d'une maladie fébrile, il sera impossible de tirer une conclusion, que la réaction soit positive ou qu'elle soit négative, puisque, d'une part, la réaction fait défaut dans certaines tuberculoses, et qu'elle est manifeste, au contraire, au cours d'affections non tuberculeuses (fièvre typhoïde, pneumonie, ictère, rhumatisme articulaire aigu) ».

Il était naturel de rechercher l'intra-dermo-réaction dans les cas d'érythème noueux. Car, si l'on considère les lésions produites par l'intra-dermo-réaction, on s'aperçoit que, fréquemment, elles rappellent de très près une nodosité typique d'érythème noueux.

Cette simple ressemblance ne pouvait pas, évidemment, à elle seule, faire croire à la nature tuberculeuse de la dermatose. En effet, à côté de ces réactions nodulaires, se voient d'autres réactions, avec érythèmes en cocarde, avec érythèmes vésiculeux, étudiées par MM. Darier et Ferrand, et qui, histologiquement, présentent les lésions habituelles de l'eczéma. On n'aurait pas l'idée d'en déduire la nature tuberculeuse de l'eczéma. Cette ressemblance devait seulement attirer l'attention et diriger les recherches vers la nature tuberculeuse possible de l'érythème noueux.

Ce côté expérimental de la question a été étudié par de nombreux auteurs, et en particulier par M. Lévy-Frankel, avec l'ophtalmo-réaction, et MM. Chauffard et Troisier, Marfan, avec l'intra-dermo ou la cuti-réaction.

Obs. XIX (CHAUFFARD et TROISIER). — *Sclérose tuberculeuse du sommet.* — *Erythème noueux* (Soc. méd. des Hôp., 21 jan-

vier 1909). — L..., Juliette, âgée de 18 ans, entre à Cochin le 27 décembre 1908 pour un érythème nouveau caractéristique.

C'est une jeune fille d'aspect délicat, qui, un an auparavant, a eu une bronchite avec laryngite ; en outre, depuis l'âge de 12 ans, elle s'essouffle et tousse fréquemment.

Depuis trois semaines environ elle a été prise de douleurs diffuses, surtout aux membres inférieurs, d'inappétence, et, semble-t-il, d'un léger mouvement fébrile. Mais apparaît l'éruption pour laquelle elle entre dans nos salles. Cette éruption est typique et constituée par une série de nodules localisés dans les régions précubitales et prétibiales ; leur coloration est d'un rouge plus ou moins vif ou violacé, suivant leur degré d'ancienneté ; ils font une légère saillie et ils infiltrant le derme et l'hypoderme. Isolés ou confluents en nappe, leur diamètre est d'environ 3 ou 4 centimètres.

L'examen organique de la malade montre, en outre, deux lésions ; l'une occupe le sommet du poumon droit et se décèle par une submatité en avant et en arrière, avec respiration rude et basse en avant, respiration soufflante et bronchophonie en arrière. C'est, à n'en pas douter, un foyer ancien de sclérose bacillaire du sommet.

D'autre part, au niveau du deuxième espace intercostal gauche, la main perçoit un frémissement cataire systolique assez superficiel et rude, se propageant en haut et à gauche vers la clavicule, et suivi d'un éclat diastolique gauche très net. Le volume du cœur paraît normal, et il en est de même pour les orifices mitral et aortique. La tension artérielle est normale, 12 au sphygmo-signal de Vaquez ; il n'existe ni cyanose, ni déformation des extrémités digitales.

D'après ces signes, on pose le diagnostic de rétrécissement de l'artère pulmonaire. L'intradermo-réaction de Mantoux est recherchée trois fois : le 28 et le 29 décembre et le 6 janvier, aux deux bras et au-dessus d'une rotule, toujours en un point éloigné de tout nodule érythémateux.

Chaque fois la réaction est positive, et provoque, en 24 heures, l'apparition locale d'une tache érythémateuse qui, très rapidement, devient un noyau infiltré, indolent, rose vif d'abord, puis violacé

et de teinte progressivement atténuée, presque ecchymotique à la fin de son évolution.

Par sa morphologie, par tous ses caractères objectifs, la lésion ainsi produite est identique aux nodosités érythémateuses spontanées ; n'était la trace de la petite piqure, on ne pourrait faire le diagnostic différentiel des deux processus.

Comme contre-épreuve, on injecte de même une goutte de solution saline physiologique ; le résultat est négatif.

Obs. XX (MARFAN). — *Erythème nouveau*. — *Tuberculose pulmonaire* (*Presse médicale*, 26 juin 1909). — Le malade est entré pour la première fois dans le service de M. Marfan, le 26 mars 1908 ; il était âgé de sept ans. Les symptômes qu'il présentait au moment de son admission étaient caractéristiques de l'érythème nouveau. Il existait, sur la face antéro-latérale des deux jambes, des nodosités grosses comme des cerises, d'une teinte rougeâtre ou violacée, dures et douloureuses au toucher. La température était de 39° ; cependant l'enfant n'était pas abattu et ne se plaignait de rien.

La recherche des antécédents a appris qu'un frère du malade était mort à six mois, avec des convulsions qu'on avait rapportées à une méningite ; que lui-même a été atteint successivement de coqueluche, de congestion pleuro-pulmonaire, d'angine diphthérique et de scarlatine.

La maladie actuelle paraît avoir débuté quatre jours avant son admission, par de la fièvre, du malaise, de l'anorexie, de la céphalée, de la douleur pharyngée ; tous ces symptômes, sauf la fièvre, se sont effacés bien vite.

Donc, au moment de son admission, ce jeune garçon était atteint d'un érythème nouveau fébrile. A ce moment, l'examen des divers organes, du cœur et des poumons en particulier, n'a révélé aucune anomalie. On a soumis le malade au repos, à la diète lactée mitigée, et on lui a prescrit du salicylate de soude, qui a donné de bons résultats en pareil cas ; mais on a supprimé ce remède au bout de trois jours parce qu'on a découvert que l'urine renfermait un peu d'albumine.

Cependant la fièvre a diminué, les nodosités des jambes se sont effacées et on pouvait le croire guéri, lorsque le 9 avril, exactement quinze jours après son entrée, la fièvre s'est rallumée et une éruption de rougeole est apparue ; cette date indique que cette maladie a été contractée le jour de l'entrée, et probablement au bureau des admissions.

Cette rougeole a été sérieuse et s'est compliquée de néphrite hémorragique ; celle-ci a guéri au bout de trois semaines, mais l'enfant est sorti de cette complication amaigri, pâle, fatigué, et on a exercé sur lui une surveillance d'autant plus attentive qu'on y était invité par une circonstance particulière.

Au moment où le malade est entré à l'hôpital, fut pratiqué un essai de cuti-réaction à la tuberculine, comme chez la plupart des enfants du service, pour essayer la valeur de cette réaction dans le diagnostic de la tuberculose.

Le 27 mars, c'est-à-dire le lendemain du jour où le malade est entré à l'hôpital, on a donc fait sur le bras une inoculation superficielle de tuberculine, et 24 heures après, on a observé une papule rouge, de près de deux centimètres de diamètre, qui n'a disparu qu'après cinq jours.

La cuti-réaction a donc été non seulement positive, mais très forte.

On a fait une nouvelle inoculation le 10 mai, quand l'enfant était convalescent de sa néphrite morbilleuse ; la réaction a été encore positive, très forte et très longue.

On avait donc la certitude que cet enfant portait en lui un foyer de tuberculose, et que ce foyer était antérieur à l'érythème noueux ; mais, même au moment de la seconde cuti-réaction, aucun autre signe physique ne révélait ce foyer ; seule, la température, qui restait un peu au-dessus de la normale (37°4, 37°9) indiquait une affection latente.

Ce n'est que vers la fin du mois de mai que, pour la première fois, nous trouvons, sous la clavicule droite, une inspiration rude et une expiration prolongée ; cette respiration bronchique du sommet droit s'est accentuée par la suite ; elle est devenue presque soufflante le 20 juin, au moment où le malade nous a quitté pour aller à la campagne.

Mais trois mois après, le 3 octobre, on le ramène à l'hôpital, parce que, l'avant-veille, il y a eu des hémoptysies ; à plusieurs reprises, dans les efforts de toux, il a craché à pleine bouche du sang rouge et spumeux.

Nous le retrouvons pâle et maigre ; sa température est de 37°7. Au sommet droit, en avant et en arrière, mais surtout sous la clavicule droite, nous percevons des signes de tuberculose plus nets encore qu'à notre dernier examen : submatité, souffle léger, et, de plus, quand on fait tousser le malade, sous la clavicule droite, on entend quelques craquements.

Un troisième essai de cuti-réaction, fait le 9 octobre, donne un résultat positif, mais avec moins d'intensité que les premières fois.

Voilà donc un jeune garçon qui est atteint d'une tuberculose ulcéreuse commune du sommet du poumon droit, et qui vient d'avoir une hémoptysie ; mais ce qui donne un caractère particulier à son cas, c'est que l'apparition des premiers symptômes de cette tuberculose a été précédée d'érythème noueux.

Les observations analogues peuvent être multipliées. Les résultats positifs de l'intra-dermo-réaction ont été fréquemment constatés par différents expérimentateurs et par nous-même.

Dès les premières publications faites sur ce sujet, on a fait des objections à cette méthode, en particulier MM. Thibierge et Gastinel. Ces auteurs ont pratiqué systématiquement l'intra-dermo-réaction dans des cas de dermatoses diverses de la série des érythèmes. Ils ont constaté que, dans quatre cas d'érythème polymorphe en pleine activité, dont un avec vésiculation (herpès iris), s'est développée, au siège de l'injection de tuberculine, une réaction reproduisant très exactement le type des éléments apparus spontanément. La similitude était telle, disent-ils, que, sans la persistance, au lieu de l'injection,

de la trace du passage de l'aiguille, il aurait été impossible de distinguer les éléments produits expérimentalement, de ceux qui étaient survenus sans incitation locale.

Les mêmes résultats de similitude entre la réaction et la lésion cutanée, ont été observés dans le cas d'urticaire, et même dans le cas de zona, la réaction à la tuberculine se manifesta sous forme de placard zoniforme où ne manquait que la vésiculation.

Nous avons obtenu les mêmes résultats, et même nous avons une fois pratiqué l'intra-dermo-réaction sur une jeune malade atteinte d'une poussée de psoriasis et qui ne présentait aucun signe cliniquement appréciable de tuberculose. Nous avons obtenu un placard érythémateux qui prit, les jours suivants, l'aspect nettement psoriasiforme, aussi net que lorsqu'on essaye d'inoculer des squames de psoriasis sur le sujet lui-même à l'aide de stries faites à la pointe d'une épingle.

Mais il y a plus : MM. Thibierge et Gastinel ont eu l'occasion de pratiquer la même réaction chez un de leurs malades *avant* l'apparition de l'érythème. Cette fois la réaction était négative. Nous avons vu, dans les observations N^{os} XXIII et XXVI que nous publions, que, pratiquée *après* guérison, elle est également négative.

Les mêmes auteurs ont observé en outre que, le type éruptif se modifiant, le type de la réaction se modifiait parallèlement.

Les modifications de la réaction ne sont pas seulement parallèles à celles de la dermatose, suivant la modalité éruptive ; elles le sont aussi suivant l'intensité. La réaction, très intense au début de la poussée éruptive ou

à l'acmé de celle-ci, diminue d'intensité à la période de déclin, pour disparaître après la guérison.

La réaction cutanée à la tuberculine est également sous la dépendance d'un autre facteur : sur le même individu, et au même moment, elle dépend de l'endroit où l'on pratique l'épreuve.

M. Carnot a attiré l'attention sur ce point important.

Obs. XXI. — Erythème noueux. — (CARNOT, *Soc. méd. des hôp.*, 6 mai 1909). — Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans, atteint d'un érythème noueux typique. Les nodosités étaient surtout nombreuses aux extrémités des membres, principalement aux jambes et aux avant-bras, elles étaient plus discrètes vers la racine des membres et manquaient entièrement au niveau de l'abdomen et de la face.

On pouvait, chez ce jeune garçon, songer à un rapport de l'érythème noueux avec la tuberculose. En effet, le père du malade était mort de tuberculose ; lui-même a eu, il y a deux ans, une bronchite tenace, et le sommet du poumon droit, sans présenter de signes de certitude, paraît suspect.

On pratique chez ce malade une intra-dermo-réaction suivant la technique de Mantoux ; mais, pour des raisons théoriques, on a multiplié ces injections en différents points du corps ; d'une part, dans les régions envahies par l'érythème noueux, d'autre part, dans les régions indemnes.

Le lendemain et les jours suivants, on a constaté certaines particularités curieuses :

Au niveau des régions atteintes (en l'espèce au niveau des cuisses), l'injection intra-dermique d'une goutte de la solution de tuberculine au 1/5000, a provoqué sur une place indemne, mais voisine d'autres éléments éruptifs, l'apparition d'un placard typique, reproduisant absolument l'aspect, la couleur, la forme et la dureté des nodosités voisines.

Au contraire, au niveau des territoires indemnes (en l'espèce au niveau de l'abdomen), l'intra-dermo-réaction n'a provoqué aucun

phénomène appréciable, aucune tuméfaction, aucune rougeur : l'épreuve a été entièrement négative.

MM. Thibierge et Gastinel sont allés plus loin encore. Tous les résultats précédents constituent déjà une argumentation très forte contre la spécificité de la réaction dans les dermatoses. Ils ont cherché si d'autres substances que la tuberculine, en particulier des produits organiques, ne provoquaient pas les mêmes réactions locales. Ils ont injecté parallèlement à la tuberculine ou postérieurement, du sérum antidiphtérique, du sérum antitétanique, de l'eau salée physiologique. Dans presque tous leurs cas, avec ces substances, la réaction s'est produite identique au degré d'intensité près ; ces épreuves ont été faites sur des sujets cliniquement indemnes de toute tuberculose, et toujours l'injection reproduisait le type éruptif présenté spontanément par le malade au moment de l'injection.

Ces résultats n'ont pas été retrouvés d'une façon constante par les auteurs.

MM. Chauffard, Troisier, Barbier et Lian ont rapporté des observations où les résultats sont tout différents de ceux obtenus par MM. Thibierge et Gastinel sur ce dernier point.

Le plus souvent, en effet, la tuberculine seule donne une réaction dans ces essais comparatifs de différentes substances. Néanmoins, dans quelques cas, les résultats précédents ont été retrouvés.

Obs. XXII (BARBIER et LIAN). — *Erythème noueux. Induration tuberculeuse du sommet du poumon droit* (Soc. méd. des hôp.,

13 mai 1909). — Renée P. ., âgée de 14 ans, entrée le 3 mai à l'hôpital Hérold, dans le service de M. le Dr Barbier.

Elle a remarqué, il y a une quinzaine de jours, l'apparition de tuméfactions rougeâtres, du volume d'une grosse noisette, à la partie moyenne de la région antéro-externe des deux jambes ; puis sont apparues successivement toute une série de petites nodosités analogues sur toute l'étendue des deux jambes ; on n'en a jamais constaté ni aux membres supérieurs, ni au tronc, ni à la face.

En même temps, cette fillette ressentit des douleurs diffuses dans toute l'étendue des deux jambes ; elles n'ont obligé la malade à garder le lit que pendant quelques jours. Elle ne toussait pas, mais elle avait peu d'appétit ; elle a un peu maigri et a présenté un léger mouvement fébrile sans sueurs nocturnes.

Tous ces phénomènes se sont améliorés progressivement pendant la semaine qui a précédé l'entrée à l'hôpital.

Cette enfant n'a pour ainsi dire pas de passé pathologique. Cependant, les mains et les pieds sont violacés, surtout l'hiver, et présentent alors des crevasses (une gerçure infectée a entraîné récemment l'apparition d'un adéno-phlegmon inguinal qui a été soigné à l'hôpital Bretonneau).

Ses parents seraient bien portants, mais parmi les six frères et sœurs de la malade, l'un est atteint de mal de Pott.

Examen : On constate sur les jambes un grand nombre de points violacés, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes environ ; à leur niveau, les téguments font une légère saillie, et le doigt sent nettement une légère induration qui s'étend dans la profondeur, envahissant le derme et l'hypoderme.

Ces lésions sont strictement limitées aux deux jambes. La palpation ne provoque qu'une douleur minime. Les articulations sont indemnes.

L'examen des téguments montre en outre que les extrémités sont violacées ; il n'y a pas actuellement d'engelures ou de crevasses. On note sur toute l'étendue des téguments, de l'ichtyose.

L'examen somatique fait découvrir enfin les signes suivants : Dans la région sous-claviculaire droite, on perçoit, à la partie externe, une légère submatité, un retentissement notable des vibra-

tions vocales, de la rudesse inspiratoire et de l'expiration soufflante.

Cette enfant, dont le teint est un peu pâle, présente cependant un bon état général. La température rectale oscille entre 37°2 et 37°5.

On porte le diagnostic d'érythème noueux à son déclin chez une fillette présentant un léger degré d'induration tuberculeuse du sommet du poumon droit. La cyanose constante des extrémités, accompagnée fréquemment de crevasses, est à rattacher au terrain tuberculeux.

5 mai. — On pratique une injection intra-dermique d'une goutte d'une dilution de tuberculine au 1 3,000. Simultanément, on emploie à la dose d'une goutte, du sérum antidiphthérique et du sérum antiméningococcique. Les injections suivantes ont été pratiquées :

Sérum antiméningococcique : Tiers supérieur des deux bras ; hypocondre droit ; tiers supérieur de la jambe droite.

Sérum antidiphthérique : Tiers moyen du bras droit ; fosse iliaque gauche ; tiers inférieur de la jambe droite.

Tuberculine : Tiers moyen du bras gauche ; fosse iliaque droite ; tiers moyen de la jambe droite.

6 mai. — Aux points où ont été injectés les sérums antidiphthérique et antiméningococcique, la réaction est nulle ; au contraire, dans les trois points où elle a été faite, l'intra-dermo-réaction à la tuberculine est franchement positive. C'est à l'abdomen qu'elle est le moins intense ; néanmoins, on y constate une saillie rouge que le doigt sent indurée ; elle mesure 1 cent. $\frac{3}{4}$ de longueur sur 1 cent. à peine de largeur.

Lorsqu'on exerce une traction sur les téguments, au-dessus et au-dessous de cette tuméfaction, la rougeur s'efface et la peau prend, à ce niveau, l'aspect d'une vésicule urticarienne.

La réaction est analogue, mais plus accentuée au bras gauche. La rougeur, l'induration sont plus marquées ; l'élément réactionnel mesure 1 cent. $\frac{3}{4}$ de longueur sur 1 cent. 5 de largeur.

Mais c'est à la jambe droite que la réaction est de beaucoup la plus intense : c'est une nodosité rouge, très saillante, dont l'indu-

ration se perd dans la profondeur ; c'est un gros élément typique d'érythème noueux, il mesure 2 cent. $3/4$ de longueur sur 2 cent. de largeur.

La rougeur ne s'efface qu'incomplètement sous la pression.

Cette nodosité, toutefois, ne peut être confondue avec les éléments apparus spontanément, car ils ont complètement disparu ; on constate seulement des taches violacées aux points où l'on percevait des nodosités.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine n'a entraîné aucun trouble fonctionnel, aucune modification de l'état général ; pas d'élévation de la température.

7 mai. — Les trois éléments réactionnels ont à peu près le même aspect que la veille ; toutefois les nodosités rouges se sont entourées d'un petit halo rose, sauf à l'abdomen où rougeur et induration sont atténuées par rapport à la veille.

Ob. XXIII (Personnelle). — Marie P..., 51 ans, sans profession, entre à l'hôpital le 7 juillet 1909, pour un érythème noueux au début.

Huit jours auparavant, la malade a été prise d'un malaise général, avec frisson, courbature, douleurs articulaires, etc..., sans cause déterminante nette. La malade ne signale qu'une émotion violente et des chagrins à l'origine de la maladie.

Les antécédents héréditaires ou familiaux sont inconnus ; la malade est une enfant trouvée ; elle n'a jamais eu de grossesse.

Pas de maladie antérieure connue. Il y a quelques années, vomissements, peut-être ulcère de l'estomac. Caféisme.

Le jour de l'entrée, érythème noueux typique aux quatre membres ; un des éléments du membre supérieur gauche est enlevé le 13 juillet pour l'examen histologique.

La température ne dépasse pas 38° pendant toute la durée de l'évolution de l'érythème noueux qui s'affaisse peu à peu en prenant les colorations successives habituelles ; la malade sort guérie le 30 juillet.

Il n'a pas été fait d'intra-dermo réaction pendant la période d'é-

rythème noueux ; mais, après la guérison, cette intra-dermo-réaction fut négative.

La malade est revue dix mois après. On ne constate pas de signe de tuberculose.

Obs. XXIV (M^{lle} PÉREL). — *Erythème noueux. Sclérose tuberculeuse du sommet du poumon droit.* — La malade A. V..., 21 ans, bonne à tout faire, entre dans le service de M. le D^r Chauffard, le 7 février.

Ni antécédents héréditaires, ni personnels.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Depuis deux mois, elle a commencé à perdre ses forces. Elle ne tousse pas ; jamais d'hémoptysie.

Le 1^{er} février : Six jours avant son entrée dans le service, elle présente une forte céphalée, un malaise général, des douleurs vagues dans les deux jambes, de l'essoufflement.

Il y a trois jours, la malade, qui était assise sur une chaise, fut prise d'un étourdissement ; elle est tombée sur le côté gauche ; on constate, en effet, une large ecchymose sur la tempe du même côté.

A son entrée, la céphalalgie, la fièvre, l'inappétence, persistent ; on constate sur les deux jambes, au devant de chaque tibia, des nodules typiques d'érythème noueux que la malade a vu apparaître cinq jours avant.

L'examen de la poitrine permet de constater de la matité, du retentissement de la toux et une respiration très soufflante au sommet du poumon droit. Au cœur, on ne trouve rien d'anormal.

Le ventre est légèrement ballonné : la malade est très constipée. La température est à 38°2. On compte 85 battements à la minute au pouls.

Le 8 : On pratique au bras gauche une injection intra-dermique d'une goutte de tuberculine, d'une goutte d'eau salée (solution à 9 %), d'une goutte de sérum antidiphthérique. Au bras droit, injection de deux gouttes de tuberculine, et d'une goutte de tuberculine.

On enlève un nodule d'érythème noueux pour examen histologique.

Le 9 : On constate que les injections du bras gauche ont donné :

la tuberculine, réaction nodulaire ; l'eau salée, réaction nodulaire ; le sérum antidiphthérique, aucune réaction.

Les injections du bras droit ont donné : réaction vésiculaire à la tuberculine (deux gouttes), nodulaire (une goutte).

Le 10 : La malade est toujours fortement constipée ; on la purge.

La température est à 39°, le pouls rapide ; la céphalée persiste. Nouvelle poussée d'érythème nouveau.

Le 15 : On voit apparaître des nouvelles taches sur les jambes, sur les bras et sur les cuisses. Les taches sont d'un rouge assez intense pour la plupart.

Les anciennes, plus pâles, à contours peu accentués, s'effacent petit à petit.

La température est toujours très élevée.

Note : A la malade guérie de son érythème, on fit de nouveau l'intra-dermo-réaction à la tuberculine et à l'eau salée ; cette fois, la première seule fut positive.

Obs. XXV (M. le Dr DUFOR. Maternité) (1). — Henriette R..., 19 ans, domestique, entre à la Maternité le 17 mars 1910. Parents vivants et bien portants. Un frère a une pleurésie ; deux autres frères bien portants.

Née dans les environs de Soissons, elle est à Paris depuis 18 mois et jouit d'une aussi bonne santé qu'à la campagne.

Dans son enfance, a eu la rougeole et la coqueluche ; pas d'autre maladie. Réglée à 13 ans ; règles assez régulières, mais douloureuses.

Actuellement enceinte de sept mois ; c'est la première grossesse ; pas de fausses couches.

La malade était bien portante quand, le 14 mars au soir, en se déshabillant, elle constate de l'œdème des jambes, et l'existence de taches rouges sur la face antéro-externe des jambes.

Dans la nuit du 14 au 15, sensation de tiraillements au niveau des jambes ; pas de phénomènes généraux : ni céphalée, ni courbature, ni fièvre, ni nausées.

(1) Observation due à l'amabilité de notre collègue M. DETRÉ.

Le 15, au matin, sensation de fatigue générale, mais la malade n'abandonne pas son travail. Les taches étaient plus rouges, plus hautes, plus douloureuses et plus nombreuses.

La nuit du 15 au 16 est meilleure que la nuit précédente ; à son réveil, la malade constate l'apparition de taches rouges sur le front et la joue droite. Elle doit cesser de travailler parce qu'elle est fatiguée et qu'elle perçoit des sensations de tiraillement très pénibles au niveau de la jambe et des élancements aux articulations des genoux.

Le 16 au soir, elle ressent des élancements dans le coude gauche, mais elle ne voit pas de taches rouges.

Le 17 au matin, des taches rouges apparaissent sur les avant-bras et les douleurs ne cessent pas ; c'est alors que la malade entre à l'hôpital.

Examen de la malade :

Inspection : a) *Eléments* : Taches de couleur rouge clair, rouge foncé, paraissant, même à l'inspection, légèrement papuleuses. Leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une petite pièce d'un franc. Les unes (à la face), sont nettement circulaires et bien limitées par un contour, plus rouge que le centre de la plaque et surélevé par un véritable bourrelet. D'autres (aux jambes) sont au contraire mal limitées et tendent à se fusionner.

b) *Siège* : Ces taches siègent : 1° sur la face antérieure des jambes, en avant du tibia, depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'au genou ; les pieds et les cuisses sont respectés ; cependant, on trouve un élément à l'extrémité inférieure de chaque cuisse, près de la rotule ; 2° sur le bord cubital des avant-bras, sur la face dorsale des mains ; on trouve encore quelques éléments sur la face postérieure des avant-bras. Les bras, le tronc et le cou sont respectés ;

3° Sur le front (5 éléments) ; sur la pommette droite et la joue droite ; sur les deux versants du nez, surtout sur le droit.

Palpation : La pression exercée sur un élément ou la traction sur les téguments voisins, fait disparaître la rougeur.

La palpation dénote l'existence d'une nodosité, d'une nouure, mal limitée, douloureuse, de volume variant d'un pois à une noisette, sous-jacente à la tache.

Cette infiltration est principalement marquée aux membres inférieurs et l'est moins aux avant-bras et surtout à la face.

La nouure se perçoit en pressant l'élément entre le pouce et l'index; ou bien quand on fait glisser le doigt à sa surface, on perçoit un ressaut.

OEdème mou, non douloureux, assez marqué au niveau des malléoles. La température est à 37°5; la langue est saburrale, céphalée.

Appareil cardio-vasculaire : Bruits du cœur un peu sourds; le poulx bat à 66; faible.

Appareil digestif : Foie et rate normaux.

Système nerveux : normal.

Appareil respiratoire : Sonorité et vibrations normales aux deux sommets en avant et en arrière. Pas de modifications de la respiration; pas de bruits surajoutés; pas d'adénopathie trachéo-bronchique.

Urines : quantité et couleur normales. Pas d'albumine.

Le 19 mars : La température oscille entre 37° et 38°, atteignant 38°3 le soir et baissant à 37° le matin.

On fait une intra-dermo-réaction à la tuberculine sur la cuisse gauche, et au sérum artificiel sur la cuisse droite.

Le 20 mars : La réaction à la tuberculine (faite selon la technique de Mantoux : solution mère de tuberculine ramenée à 1/10,000) est positive. La réaction au sérum artificiel est négative.

48 heures après l'intra-dermo-réaction, on constate, au niveau de l'injection, un gros élément noueux, large comme une pièce de cinquante centimes. Les bruits du cœur ont une intensité et un timbre normaux.

Le 23, la température est à 36°5; les douleurs ont disparu; les éléments, surtout aux jambes, sont de couleur variable : les uns rouges, les autres violets, d'autres jaunes. L'induration est moins marquée, mais la palpation provoque toujours de la douleur.

Légère desquamation au niveau des éléments de la face.

Le 25, les éléments ont notablement pâli. Deuxième intra-dermo-réaction à la cuisse droite, positive avec éléments noueux après 48 heures.

Inoculation, contrôle d'une goutte de sérum antidiphthérique du côté opposé : Réaction négative.

Le 3 avril, il ne reste que quelques éléments de couleur rose pâle, visibles au front et à la pommette droite ; plus rien aux avant-bras ; à la jambe droite quelques éléments jaunâtres presque disparus. L'élément provoqué par la dernière intra-dermo-réaction est de beaucoup plus apparent ; rien qu'un point rouge du côté opposé.

La malade tousse, rien à l'auscultation, respiration seulement un peu soufflante partout ; pas de fièvre.

Le 15 avril, la malade étant complètement guérie de son érythème, on fit une 3^e intradermoréaction. Celle-ci fut faite au flanc, en une région indemne de tout élément spontané. La réaction fut *plus intense et plus précoce* que les précédentes.

La malade est guérie ; — elle accouchera prochainement.

Obs. XXVI (Personnelle). — *Erythème noueux*. — *Cutiréaction négative*. — Henri A. . . , entré le 9 mars 1910.

Le malade à son entrée présente un état infectieux qui fait songer d'abord à une méningite. Constipation intense. Mais la température était peu élevée. C'est seulement deux jours après son entrée qu'apparaît un érythème noueux. Le pouls était très lent mais pendant son séjour à l'hôpital il s'accélère progressivement ; il était devenu normal à la sortie du malade qui eut lieu le 6 avril. Pendant l'évolution de l'érythème, la température ne dépassa pas 38°.

L'érythème noueux fut typique mais à petits éléments disséminés sur les jambes et les avant-bras.

La cutiréaction à la tuberculine fut faite après la guérison de l'érythème ; l'épreuve fut absolument négative.

Les antécédents du malade sont indemnes de tuberculose. L'examen des différents organes ne permet pas non plus de trouver de signe de bacillose.

Que peut-on conclure au point de vue qui nous inté-

resse ? Nous voyons l'intra-dermo-réaction à la tuberculine donner des résultats positifs dans les cas de dermatoses du type érythémateux en poussée, et cela dans les cas de dermatoses les plus variées, érythème polymorphe, noueux, urticarien, psoriaris, etc. Cette réaction est parallèle, superposable à l'éruption spontanée dans sa modalité, dans son intensité ; elle l'est aussi dans sa localisation, puisque chez un même malade, on la retrouve au lieu d'élection de la dermatose et qu'on ne la trouve pas au niveau des territoires cutanés que la maladie laisse indemnes. Nous voyons que la réaction apparaît après la poussée éruptive, s'atténue et disparaît avec elle. Enfin, dans quelques cas, des substances autres que la tuberculine peuvent donner la même réaction.

Nous n'en pouvons conclure qu'une chose : c'est que l'intra-dermo-réaction ne peut nous apporter aucun argument nouveau, ne peut même pas augmenter les présomptions en faveur de la nature tuberculeuse d'une lésion cutanée de la série des érythèmes. A la fièvre typhoïde, à la pneumonie, à l'ictère, etc., etc., il faut ajouter ces dermatoses aux contre-indications de l'intra-dermo-réaction comme moyen de diagnostic.

Reportons-nous à l'observation XXIV ci-dessus. Les résultats des épreuves nous paraissent devoir être interprétés de la façon suivante :

Les premières épreuves ont été positives, y compris l'épreuve à l'eau salée, parce que le sujet était en poussée d'érythème ; après la guérison, la réaction positive seulement à la tuberculine, paraît en rapport avec la lésion tuberculeuse pulmonaire.

En d'autres termes, cette observation se réduit à un cas de coïncidence de l'érythème noueux avec la tuberculose.

Si nous nous reportons à l'observation XX, les résultats des cutiréactions peuvent s'interpréter ainsi : indépendamment de la cutiréaction faite pendant la poussée d'érythème noueux, on trouve un mois et demi après, le 10 mai, une cutiréaction positive, au moment où le malade n'avait qu'une légère élévation thermique vespérale, sans signe physique de sa tuberculose pulmonaire ; la réaction est intense et les signes stéthoscopiques apparaissent à la fin de mai ; puis la tuberculose s'aggrave et en octobre une cutiréaction est plus faible. Cette différence entre les intensités des cutiréactions peut s'expliquer par l'évolution de la tuberculose. Comme l'ont vu en effet MM. Bezançon et H. de Serbonnes, la cutiréaction est plus forte quand l'évolution est favorable, plus faible quand la tuberculose s'aggrave.

Les résultats des épreuves à la tuberculine dans l'observation XXV, paraissent au premier abord en contradiction avec la thèse que nous soutenons, puisque nous voyons la troisième cutiréaction faite *après la guérison* encore positive. Mais remarquons que cette *troisième* réaction fut *plus intense* et aussi *plus précoce*. Un tel résultat peut être dû à un phénomène d'anaphylaxie. Il est *possible* que si l'on n'avait pratiqué l'épreuve à la tuberculine qu'après la guérison, le résultat eut été négatif.

*
* * *

L'anatomie pathologique peut-elle nous éclairer et

nous aider à résoudre la question de la nature de l'érythème noueux ?

Les lésions histologiques ont été étudiées par Unna et Darier : l'érythème noueux est constitué par une inflammation œdémateuse des vaisseaux du derme, qui sont dilatés et entourés de manchons cellulaires formés par des cellules fusiformes gonflées et des leucocytes. Il y a peu de leucocytes loin des vaisseaux et presque point dans l'épiderme. Les fibres élastiques disparaissent au niveau des manchons périvasculaires. Il n'y aurait pas de globules rouges extravasés, en sorte que les colorations contusiformes seraient dûes aux altérations de l'hémoglobine dans des vaisseaux thrombosés.

Les lésions que l'on constate à l'examen des coupes provenant de biopsie, ne présentent de constant en somme qu'une inflammation périvasculaire.

Nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer un nombre assez considérable de biopsies pour pouvoir déterminer d'une façon précise, dans les lésions qu'on rencontre, quelles sont celles qui sont absolument constantes et qui permettraient de faire, avec un degré suffisant de certitude, le diagnostic d'érythème noueux.

Cependant, certaines particularités sont à remarquer : les lésions que l'on trouve diffèrent un peu suivant l'âge de l'élément biopsié : dans les éléments jeunes, on trouve à la face profonde du derme et dans le tissu cellulaire hypodermique, des amas contenant des capillaires dilatés à endothélium épaissi ; autour de ces capillaires, des cellules lymphocytiques avec hyperplasie du tissu conjonctif, avec des figures de kariokynèse des cellules fixes ; dans le derme, on trouve un assez grand nombre de mastzellen.

Dans les biopsies faites sur des éléments plus anciens, comme dans notre observation XXIII, on constate les mêmes altérations avec en plus dans les manchons péri-vasculaires, des cellules géantes. Il n'y a jamais de follicules tuberculeux typiques avec leurs différentes zones de cellules embryonnaires, de cellules épithélioïdes entourant la cellule géante; mais il y a seulement des cellules géantes, comme on en voit dans toute inflammation de quelque durée du tissu graisseux, se formant par wucheratrophie. Remarquons ici une légère différence avec les lésions décrites classiquement par MM. Unna et Darier : l'existence des lésions dans l'hypoderme.

Si nous rapprochons ces constatations de celles de l'observation IV d'érythème noueux par septicémie à streptocoques, on y voit les mêmes lésions, au degré d'intensité près, de thrombose des vaisseaux, et en plus, dans ce cas, la constatation de microbes qui manquent dans les autres biopsies.

Les lésions d'intra-dermo-réaction ont été étudiées par M. Le Play et M^{lle} Pérel dans sa thèse.

On trouve des lésions également banales d'inflammation; de plus, dans l'épaisseur du derme, les amas péri-capillaires semblent compris dans un réticulum conjonctif rappelant le tissu réticulé des ganglions lymphatiques.

En résumé, ce que nous savons des lésions histologiques ne nous montre qu'une inflammation périvasculaire et ne nous donne aucun renseignement sur la nature de la lésion.

L'examen du sang ne donne pas davantage la solution de la question.

Dans cinq cas d'érythème noueux, Schinkel a constaté

une augmentation de leucocytes mononucléaires dont le pourcentage variait de 8 à 11, 25, 28, 31. Le pourcentage des éosinophiles était respectivement de 2, 25, 4, 3 et 3 ; dans le cas où ces derniers étaient le plus abondants, le malade était atteint d'urétrite gonococcique postérieure, ce qui peut expliquer l'éosinophilie.

En résumé, jusqu'ici, aucun moyen n'est venu en aide à la clinique pour étayer les arguments en faveur d'une théorie de la nature vraie de l'érythème noueux.

Nous avons vu qu'en faveur de la nature tuberculeuse de la dermatose, ni la recherche du bacille, ni l'inoculation, ni l'anatomie pathologique, ni l'examen du sang, n'ont pu nous éclairer. L'intra-dermo-réaction ne peut nous être d'aucun secours.

D'autres méthodes de laboratoire peuvent-elles être employées ? Nous ne l'avons pas fait. La séro-agglutination d'Arloing et Courmont ne pourra pas davantage nous donner la solution dans une maladie fébrile aiguë. Nous en dirons autant de la précipito-réaction et de la recherche de l'indice opsonique.

Les autres méthodes, l'anaphylaxie, la réaction au venin de cobra ont encore besoin de faire leurs preuves avant de pouvoir être utilement appliquées à la solution du problème qui nous intéresse.

La réaction de fixation pourrait peut-être être recherchée dans les cas où il n'y a pas de tuberculose cliniquement apparente. Toutes ces méthodes présentent des causes d'erreur multiples et ne peuvent nous éclairer.

*
* * *

Si l'on essaye de pénétrer le mécanisme intime de la formation de la noueure, les difficultés sont très grandes.

Plusieurs théories ont été soutenues.

Lewin, un des premiers, a soutenu l'origine nerveuse de l'érythème noueux. Pour lui, la dermatose serait une angio-névrose réflexe.

En faveur de cette hypothèse, il y a la symétrie habituelle des lésions, et aussi les résultats de la ponction lombaire observés par Lévy-Frankel.

Les cas d'érythème menstruel pourraient être, eux aussi, considérés comme des érythèmes nerveux.

Pour les auteurs partisans de cette théorie, le point de départ de l'irritation serait fréquemment l'urèthre et les organes génitaux.

Nous avons vu la fréquence de l'érythème noueux dans les services de vénériens ; mais il est à remarquer que l'érythème y survient le plus souvent par séries.

Cette théorie est abandonnée aujourd'hui, à la suite des constatations anatomo-pathologiques.

D'ailleurs, l'existence de lésions du liquide céphalo-rachidien même ne fait que reculer le problème. En effet, il resterait à chercher la nature de la lésion, point de départ de l'irritation et à prouver sa nature tuberculeuse.

On tend de plus en plus à admettre aujourd'hui que la nouure est le fait d'embolies microbiennes de faible virulence. On peut aussi se demander si elle n'est pas dûe à un phénomène de précipitation intra-vasculaire.

Ces considérations devaient indiquer la marche à suivre dans les recherches expérimentales.

S'il était vrai que l'érythème noueux est souvent de nature tuberculeuse, on conçoit l'intérêt que présenterait sa reproduction expérimentale.

L'on connaît les tentatives de reproduction expérimentale de certaines tuberculides par le procédé de Gougerot et Laroche.

Nous avons essayé nous-même cette reproduction ; nous l'avons essayée aussi en nous adressant à des sérums précipitants : jamais nous n'avons pu reproduire l'érythème noueux.

*
* *

Parvenus à la fin de cette étude des moyens de laboratoire comme auxiliaires de la clinique, dans cette recherche de la nature de l'érythème noueux, demandons-nous ce qu'ils nous ont montré.

Tout d'abord, ils n'ont pas pu nous fournir un argument nouveau en faveur de la nature tuberculeuse de la dermatose.

A côté de ces conclusions négatives que nous croyons indiscutables, pouvons-nous en formuler une positive ? Pas davantage.

Dire qu'il s'agit dans ces cas d'érythème noueux, comme dans les cas d'érythème polymorphe, d'un mode de réaction de la peau, ce n'est que constater la réaction de la peau des érythémateux à la tuberculine comme à l'agent causal inconnu de l'érythème noueux : c'est, en somme, faire l'aveu de notre ignorance.

Nous en restons donc aux données de la clinique.

Nous ne voulons pas conclure de cette étude que l'érythème noueux n'est pas tuberculeux. Les auteurs qui ont le plus soutenu l'origine bacillaire de l'érythème noueux n'ont pas affirmé, d'une façon absolue, cette

origine, ils ont encore moins soutenu la constance de cette étiologie.

Nous ne voulons pas davantage affirmer la nature non tuberculeuse de l'érythème noueux dans tous les cas.

Peut-être démontrera-t-on cette origine tuberculeuse, mais ce que nous pensons avoir établi, c'est que cette origine n'est pas actuellement démontrée.

Dans l'état actuel de la question, ce que l'on peut dire de plus vrai semblable, croyons-nous, peut se résumer ainsi :

CONCLUSIONS

1° Si la tuberculose peut être l'origine de l'érythème noueux, nous n'avons le droit, pour employer une formule classique, mais en la renversant, d'affirmer l'origine bacillaire de la dermatose que si celle-ci fait sa preuve de tuberculose ;

2° Dans la plupart des cas, l'érythème noueux nous apparaît comme dû à une infection banale comparable à l'érythème polymorphe. On le rencontre isolé, primitif, mais très fréquemment aussi chez les blennorrhagiques, les syphilitiques et les tuberculeux ;

3° Dans les cas où l'érythème noueux se montre chez un individu jusque-là indemne de toute bacillose et surtout dans les cas où cet érythème est typique, intense et un peu durable, il sera prudent de surveiller la convalescence ; car, après cette infection, comme après une fièvre éruptive, une rougeole, par exemple, on a constaté la possibilité de voir éclater une tuberculose.

Les nombreux travaux tendant à établir la nature bacillaire de l'érythème noueux, n'auraient-ils abouti qu'à cette dernière conclusion pratique, que le service rendu serait déjà considérable.

Vu :

Le Président de la Thèse,
ACHARD.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Traité généraux. — Traité de dermatologie.

Sur l'intradermoréaction et la cutiréaction, voir la bibliographie dans
OPPERT. Thèse de Paris.

LEREBOULLET, P. Les réactions cutanées à la tuberculine. Cutiréaction
et intradermoréaction, leurs résultats. *Progrès médical*, 13 février
1909, p. 87.

BEZANÇON et PHILIBERT. Revue critique des nouveaux moyens de
diagnostic pratique de la tuberculose *Journ. de médecine française*,
1910, n° 1.

Appert. *Correspondenzblatt für Schweizer Aertze*, 1890.

Apteckmant. Thèse de Paris, 1909.

Abt. *Journ. of Amer. Assoc.*, n° 20.

— Reterab. in *Deutsche med. Wochenschr.*, 1904, s. 1862.

Audrillard. Thèse de Paris, 1878.

Amiaud (Ch.). Thèse de Paris, 1879.

Ardin-Delteil. *Montpellier médical*, 5 mars 1905.

Barbier (U.) et Lian. *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 13 mai 1909.

Batigne. Thèse de Paris, 1907.

Bazin. *Leçons sur la scrofule*, 1861.

Bergeon. Thèse de Paris, 1861.

Boude. Thèse de Lille, 1869.

Bazin. *Affect. cut. de nature arthritique et dartreuse*, 2^e édition, 1868.

— *Leçons sur les maladies de la peau, arthritides*.

Besnier. Articles : Rhumatisme et gomme, du *Dictionnaire encyclopé-
dique des sciences médicales*, 1875.

— Pathogénie des érythèmes. *Ann. de Dermatol.*, 1890.

— Érythème noueux des membres inférieurs. *Réunions cliniques de
l'hôpital Saint-Louis*, janvier 1889.

Besnier et Doyon. Traduction de la *Pathologie et du Trait. des maladies
de la peau*, de KAPOSI, t. 1, p. 335.

Bès. Thèse de Paris, 1872.

Bouchard. *Les microbes pathogènes*, p. 185.

Brodier. *Médecine moderne*, 1893.

Brodley. Thèse de Paris, 1887.

Behier et Hardy. *Traité de Pathologie interne*, 1864.

- Barthéz et Rillet. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2^e édit., 1861.
- Buisine. Thèse de Bordeaux, 1892.
- Bérard et Maillaud. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1900.
- Brocq. *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1890.
- Boeck. *Ann. für Derm.*, 1893.
- Ballet. *Arch. gén. de méd.*, 1882.
- Bateman. *Abrégé pratique des maladies de la peau*. Trad. BERTRAND.
- Bouillaud. *Traité du rhumatisme*.
- Bäumler. *Arch. für klin. Med.*, t. X, 1892, p. 106.
- *Ueber die klin. Bedeutung des E. N. und verwandten Hautausschläge*, 1889.
- Bouveyron. *Rev. de chir.*, 1903.
- Chauffard et Jean Troisier. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 15 janv. 1909.
p. 7.
- *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 6 mai 1907.
- *Soc. de Biologie*, 27 mars 1909.
- *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 30 avril 1909.
- Carnot. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 6 mai 1909.
- Comby. *Traité des maladies de l'enfance*. Paris, 1903.
- *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 889.
- Campana, Colcott, Fox, Bösch, Darier et Leredde. *IV^e Congrès international de dermat.* Paris, 1900.
- Crosse. Thèse de Montpellier, 1908.
- Darier. *Précis de dermatologie*, 1909.
- Darier et Civatte. Syphilides nodulaires hypodermiques. *Ann. dermat.*, 1903, p. 267.
- Dechambre. *Dictionnaire encyclop.*, articles « Erythème » et « Gomme ».
- Du Castel. *Annales de dermatologie*, 1889, p. 46.
- Debove. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 28 juillet 1893.
- De Brun. *Journal des Praticiens*, 6 sept. 1902.
- Devergie. *Traité pratique des maladies de la peau*. Paris, 1857.
- Derselbe. *Deutsches Arch. für klin. Med.*, n^o 18, 1876, p. 513.
- Escherich. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1904.
- Forkyce. *Int. Dermat. Cong. Fr.*, 1906, Ny, 1907.
- Gougerot et Laroche. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, sept. 1908, p. 581-623.
- Grancher et Comby. *Traité des maladies de l'enfance*, t. V.
- Gubler. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1859.
- Goldschneider. *Annales de dermat.*, 1886, p. 116.

- Guillaud. Thèse de Bordeaux, 1888.
- Gillet. *Gaz. des mal. int.*, 1906, n° 17.
- Geronne. *Zeitschr. für klin. Med.* Berlin, 383-390.
- Hardy. *Gaz. des hôp.*, 1879.
- Haushalter. *Annales de dermat.*, 1887, p. 686.
- Hildebrandt. *Munch. med. Wochenschrift*, 12 janv. 1907, p. 310.
- Hoffmann. Etiologie et pathogénie de l'érythème nouveau. *Deutsche med. Woch.*, 1904, p. 1877.
- Hutinel. *Journal des Praticiens*, 5 déc. 1908.
- *Académie de méd.*, 27 oct. 1908.
- *Presse médicale*, 27 mars 1909.
- *Arch. de médecine*, sept. 1892.
- *Acad. de méd.*, 20 oct. 1908.
- *Rev. de la tuberc.*, 1893, p. 25.
- Hutinel et Guisard. *Médecine moderne*. Paris, 1890.
- Hartung et Alexander. *Arch. für Dermat.*, 1902.
- Jacquet. *Gaz. des hôp.*, 8 oct. 1887.
- Jeanselme. L'érythème polymorphe. *Journal des Praticiens*, 20 mai 1903, p. 310.
- Jouillié. Thèse de Paris, 1892.
- Kochren. *Méd. mod.*, 1893, n° 90.
- Kuhn. *Arch. für Kinderheilk.*, 1903, p. 195.
- Laffitte. Thèse de Toulouse, 1909.
- Laignel Lavastine. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 22 janvier 1909.
- Landouzy. *Assoc. fr. pour l'avancem. des Sc.*, août 1907, p. 337.
- *Congrès de la Tuberc.*, 1888.
- *Revue de méd.*, 1888.
- *Revue de méd.*, 1891, p. 722.
- *Soc. méd. des hôpitaux*, 1886, p. 169.
- *Rev. de méd.* 1887, p. 383.
- Landouzy et Labbé. *Traité de méd.* BROUARDEL et GILBERT, t. VIII, art. Pleurésie.
- Landouzy et L. Laederich. *Bull. Acad. de méd.*, 28 juillet 1908, p. 113-127.
- Landouzy et Martin. *Etude expér. et clin. de la tub.*, t. I, p. 59.
- *Revue de méd.*, 1883.
- Lannelongue. *Progrès médical*, 1900.
- Lannois (de Lyon). *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1892, n° 31, p. 271.
- Leloir. *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1884 ; *Progrès médical*, 1884.
- Lereboullet (P.). Les réactions cutanées à la tuberculine ; cuti-réaction, intra-dermo-réaction ; leurs résultats. *Progrès médical*, 13 février 1909, p. 87.

- Leredde. *Annales de dermat. et de syph.*, 1893.
— *Congrès de médecine*, Toulouse, avril 1902.
Lévy. Thèse de Paris, 1895.
Lévy-Franckel. *Revue de la tuberc.*, 1908.
Lewin. *Charité Annalen*, Berlin, t. III, p. 1870.
Luzzato. *Arch. italiana di clin. medica*, 1889, p. 439.
Maire. Thèse de Paris, 1872.
Mallaud. *Presse médicale*, 1801.
Mantoux. *Acqd. des Sc.*, 10 août 1908. *Presse médicale*.
Marès. Thèse de Paris, 1865.
Marfan. *Presse médicale*, 26 juin 1909.
Marquet. Thèse de Paris, 1884.
Massous. *Arch. de méd. des enfants*, juillet 1901.
Medovikoff Pousski. *Vratch*, St-Petersbourg, 1908.
Meora. *Arch. Pediat.*, N. Y., 1905, p. 589.
Mesnef. Thèse de Paris, 1883.
Millard. *Médecine moderne*, 1893.
Molènes-Mahon. Thèse de Paris, 1884.
Moncorvo. *Revue mens. des maladies de l'enfance*, déc. 1899.
— Erythème nouveau palustre. Mémoire à l'Acad. de méd., 19 janv. 1892.
— *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 11 juin 1892.
Moriceau. Thèse de Paris, 1861.
Mussy. Thèse de Paris, 1891.
Moussu et Le Play. *Soc. anat.*, séance du 11 déc. 1909.
Neumann. *Annales de dermat.*, 1880.
Nicolas et Gauthier. *Ann. de dermat. et de syph.* Paris, 1907.
Nicolle. *Médecine moderne*, mai 1895.
Œhme. *Arch. der Heilk.*, XVIII, 1877, p. 426.
Oppert. Thèse de Paris, 1907.
Orillard et Sabouraud. *Médecine moderne*, 1893, p. 122, et 8 févr. 1898.
Para. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 23 juill. 1892, p. 354.
Patel. *Revue de chirurgie*, 1901.
— *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 6 avr. 1902.
Paulauch. Thèse de Paris, 1901.
Pautrier. Thèse de Paris, 1903.
Pérel (M^{lle}). Thèse de Paris, 1910.
Poissonot. *De la valeur diagnostique de la tuberculine*. Thèse Paris, 1904.
Poncet. *Commun. à l'Acad. de méd.*, 15 juill. 1902.
— *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 14 avr. 1902.
— *Lyon médical*, 26 avr. 1903, *Arch. int. de méd. gand.*, 1903.

- Poncet et Leriche. *Commun. à l'Acad. de méd.*, 1903.
Poncet et Mailland. *Œuvre médico-chirg.*, n° 37, 1903.
Pons. Thèse de Lyon, 1906.
Potain. *Gaz. des hôp.*, 2 oct. 1889.
Rayer. *Traité des maladies de la peau*, 1835.
Raymond. *Progrès médical*, 1900.
Revillont. *Gaz. des hôp. de Paris*, 1874.
Reynaud. Thèse de Paris, 1881.
Rochon de Saint-Ouen. *Médecine moderne*, 1895.
Rondot. Thèse de Bordeaux, 1883.
Roudaire. Thèse de Paris, 1880.
Rousseau. Thèse de Bordeaux, 1870.
Schamann. Thèse de Paris, 1897.
Schlesinger. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1904, p. 256.
Schlüter. Valeur diagnostique de la réaction à la tuberculine. *Deuts. med. Wochenschr.*, 18 févr. 1904, p. 272.
Schmitz. *Wien. med. Blätter*, 1887.
— *St-Peterburger med. Wochen.*, 1880, p. 5.
Sée et Blache. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1839.
Sée (Germain). *Soc. mé t. des hôp.*, t. IV, p. 199.
Simon et Legrain. *Annales de dermat.*, 1888.
Siredey. *Annales de dermat.*, 1871.
Sorel. *Archives médicales de Toulouse*, 15 mars 1909.
Stolsenburg. *Charité Ann.*, XIX, p. 234.
Talamas. Des complications pleuro-pulmonaires de l'érythème. *Progrès médical*, 1883.
Testut. Thèse de Lille, 1888.
Thomas. *Revue générale de clinique et de therap.*, 24 janv. 1903.
Thibierge. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 2 févr. 1906.
Thibierge et Gastinel. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 6 mai 1909.
Thibierge et Ravaut. *Ann. de dermat.*, 1899.
Trembley. Thèse de Paris, 1876.
Trousseau. *Chir. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I.
Uffelmann. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, t. X, 1872, p. 434, et t. XVIII, 1876, p. 318.
Von Pirquet. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 18 déc. 1908.

